

Kvalitetsuppföljning.

Mikaeligården

Datum för uppföljning: 2019-04-10

Deltagare:

Mikaeligården

Jenny Fredriksson, enhetschef
Maria Bygdén, enhetschef
Roma Issa, undersköterska
Maria Montalvo Panezo, undersköterska
Margareta Ljunggren, omvårdnadsansvarig sjuksköterska
Åsa Erkers, Arbetsterapeut

Enheten för uppföljning

Sandra Månstierna, Planerare
Rebecka Ardeman Merten, Planerare
Ylva Blix, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Hanna Schwager, Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Syfte och metod

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att granska hur Mikaeligården lever upp till Örebro kommuns kvalitetskriterier samt att ha en dialog kring detta. Kommunens uppföljningsgrupp möter representanter från boendet i verksamhetens lokaler på Mikaeligården.

Kvalitetsuppföljningen innefattar ett platsbesök. Inför kvalitetsuppföljningen har verksamheten fyllt i ett självskattningsformulär där de har redogjort för hur de arbetar inom olika områden. Dialogen vid uppföljningstillfället har utgått från svaren i självskattningsformuläret. Verksamheten har inför uppföljningen skickat in en kompetensinventering.

Inför uppföljningen har enheten för uppföljning granskat dokumentationen genom att gå igenom tio slumpvist utvalda personers journaler och genomförandeplaner. Inget särskilt urval kring kön eller diagnoser har gjorts. Verksamhetsjournalerna har granskats ett år tillbaka.

Planerare och Medicinskt ansvariga (MAS, MAR) har tagit del av relevanta dokument och dokumentation inför uppföljningen:

- Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2017, 2018, vård- och omsorgsboende
- Kompetensinventering
- Årsberättelse
- Enhetsplan
- Eventuella klagomål eller synpunkter på verksamheten
- Granskning av hälso- och sjukvårdsjournal, verksamhetsjournal, genomförandeplaner, avvikelser samt vårdplaner
- Granskat tillgängligheten

Uppföljningen grundar sig på de lagar, föreskrifter, allmänna råd och nationella mål som finns inom verksamhetsområdet.

Uppmärksammas några brister vid uppföljningen kommer en åtgärdsplan begäras in.

Efter kvalitetsuppföljningen sammanställs en rapport och i det fall verksamheten har brister upprättas en åtgärdsplan. All dokumentation i samband med kvalitetsuppföljningen diarieförs i kommunens ärendehanteringssystem. Samtliga rapporter publiceras på orebro.se.

Fakta om Mikaeligården

Mikaeligården är ett vård- och omsorgsboende som ligger i bostadsområdet Baronbackarna i västra Örebro. Det finns närhet till vårdcentral och bussförbindelser.

På Mikaeligården finns det femtiofem lägenheter för personer i behov av vård- och omsorgsboende eller växelvård. Det finns en avdelning för växelvård, två gruppboenden med inriktning demens, ett vårdboende med inriktning demens samt två vårdboenden med somatisk inriktning.

Det arbetar sextioen personer på Mikaeligården, varav fyra personal i ledning/administration, sex sjuksköterskor, en arbetsterapeut och femtio omvårdnadspersonal. Av ordinarie omvårdnadspersonal är 92 % utbildade undersköterskor. Dagtid på vardagar arbetar det tre personal, samt kvällstid två personal på tre av avdelningarna. På de två resterande avdelningarna arbetar det två personal dagtid respektive kvällstid. Natttid arbetar det en personal per våningsplan.

Utifrån att det framkommit att verksamheten fått klagomål och synpunkter från anhöriga, har Socialt ansvarig samordnare (SAS) gjort en större utredning på Mikaeligården under första delen av år 2019. Klagomål har framförts om brister i bemötande, i följsamhet till hygienriktlinjer, social dokumentation, oenighet i vissa personalgrupper samt om avsaknad av genomförandeplaner för vissa hyresgäster.

Alla medarbetare har intervjuats och SAS har gjort en granskning av samtliga genomförandeplaner.

Socialstyrelsens nationell brukarundersökning 2018 - Andel positiva svar i %

I tabellen redovisas resultat på ett urval av de frågor som används som kvalitetsindikatorer i Örebro kommun. Övriga resultat beskrivs under respektive avsnitt nedan där det är relevant. Andelen svarande på Mikaeligården var mellan 40–60 %.

2017 års resultat inom parantes

Fråga	Mikaeligården	Örebro kommun	Riket
Är nöjd med de aktiviteter som erbjuds	63 % (67%)	62 %	64 %
Får bra bemötande från personalen	80 % (86%)	92 %	93 %
Personalen tar hänsyn till åsikter och önskemål	75 % (67%)	78 %	79 %
Maten smakar bra	80 % (77%)	76 %	74 %
Känner sig trygg på boendet	100 % (80%)	89 %	88 %
Är sammantaget nöjd med boendet	80 % (67%)	83 %	81 %

Brucarundersökningen för Mikaeligårdens vård och omsorgsboende visar att det den enskilde mest känner sig nöjd med är tryggheten, där visar verksamheten ett resultat på 100%. Även maten får ett gott betyg där 80% säger sig tycka den smakar bra. Båda resultaten skiljer sig i att andelen positiva svar ligger högre än både Örebro kommun samt riket 2018. Resultaten har båda ökat i procent jämfört med brukarundersökningen 2017. Verksamhetens sämsta resultat gäller

aktiviteter där 63% anser sig nöjda med de aktiviteter som erbjuds. Andelen positiva svar har minskat i procent jämfört med 2017 års svar. Andelen positiva svar ligger dock högre än Örebro kommuns resultat, men något lägre än rikets. Frågan om bemötande är också något som sticker ut i det avseende att andelen positiva svar har minskat i procent sedan 2017, och att andelen positiva svar ligger lägre än både Örebro kommun och riket 2018.

Tidigare uppföljningar

Senaste uppföljningen av Mikaeligården gjordes augusti 2013. Den visade att Mikaeligården hade en del förbättringsområden att arbeta med, men sammantaget sågs som en enhet med stor utvecklingspotential.

Bedömning gjordes att en av verksamhetens styrkor var att maten och måltiden var i fokus. Gott samarbete med vårdcentral, att rutiner för vård i livets slut fanns upprättade och följdes, samt ett gott bemötande och förhållningssätt som präglades av respekt för den enskildes självbestämmande var andra styrkor som lyftes fram i uppföljningen

Förbättringsområden som identifierades var att arbetet med att förankra vård och omsorgs värdegrund behövde utvecklas och att aktivitetsutbudet behövde bli mer individanpassat. Vidare behövde dokumentationen förbättras och det behövdes tas fram rutiner för egenkontroll av dokumentationen.

Resultat av uppföljning 2019-04-10

Under rubrikerna nedan finns en sammanställning av resultatet från uppföljningen.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Bedömning utifrån inhämtade uppgifter är att verksamheten uppfyller kvalitetskraven gällande aktiv och meningsfull tillvaro.

Mikaeligården har nyligen startat upp med aktivitetsombud och det är arbetsterapeuten som är sammankallande.

Arbetsterapeut gör aktivitets-och funktionsbedömningar på alla boende på Mikaeligården, det varierar lite hur snabbt efter en inflyttning dessa bedömningar görs, men inom drygt en månad. Arbetsterapeuten beskriver att det varit en hel del att komma ifatt med i dennes arbete på grund av situationen på Mikaeligården, och att det därför inte alltid hinns med att göra allt i den ordning det ska göras.

På Mikaeligården finns det en gemensam trädgård där de boende har möjlighet att vistas. På frågan om den enskilde tillförsäkras utevistelse efter individuella behov är svaret att det varierar beroende på avdelning och personal. Förklaringen till det beskrivs vara att det inte är alla avdelningar som jobbar aktivt med detta i dag och att det behöver jobbas med. Vidare beskriver man att det även kan bero på hur mycket jobb man har på en viss avdelning just då, att det inte alltid är

möjligt att gå ut precis när en enskild person önskar det. Vissa kommer heller inte ihåg att de varit ute, och där gör personalen journalanteckningar för att detta ska bli tydligt. Enligt enhetscheferna har det inkommit klagomål från anhöriga gällande aktivitet. Aktivitetsbuden har påbörjat en årsplanering när det gäller aktiviteter, där både stående och spontana aktiviteter planeras in.

Bemötande

Bedömning utifrån inhämtade uppgifter är att verksamheten inte uppfyller kvalitetskraven gällande bemötande.

Vid uppföljning framkommer att verksamheten fått klagomål och synpunkter från de enskilda, anhöriga och personal gällande bemötandet. Bemötandet varierar beroende på avdelning och personal. Bland annat utifrån detta har SAS startat upp en intern utredning för att komma till rätta med problemet. Verksamheten har heller inte arbetat med avvikelser när det gäller klagomål och synpunkter kring bland annat bemötande. Se mer information under rubriken ”den enskildes skydd”.

På frågan om den enskilde accepteras i sin sexualitet och om de boende har rätt att besluta om att vara sexuellt aktiva eller inte, har det i självskattningen beskrivits att verksamheten inte fått några indikationer på något annat. På frågan om hur verksamheten gör för att acceptera den enskildes sexualitet i praktiken, och om det arbetas systematiskt med medarbetarna för att säkerställa att detta sker, blir svaret att det inte finns någon handlingsplan och att frågan väldigt sällan kommer upp. Enligt enhetscheferna är detta ett utvecklingsområde för verksamheten.

Kontinuitet

Utifrån inhämtade uppgifter bedöms verksamheten uppfylla kvalitetskraven gällande kontinuitet.

I självskattningen inför kvalitetsuppföljningen har cheferna på Mikaeligården svarat att de har så få personer som möjligt inblandade i vården och omsorgen av servicemottagarna, och att de säkerställer detta genom att all tillsvidareanställd personal har sin tillhörighet på en viss avdelning så att den enskilde ska känna igen sin personal. När det gäller vikarier försöker de i största mån placera vikarier utifrån var de är vana att vara och särskilt om det finns ett behov av detta på en viss avdelning. Mikaeligården har hög kontinuitet på tillsvidareanställd personal.

Delaktighet

Bedömning utifrån inhämtade uppgifter är att verksamheten inte helt uppfyller kvalitetskraven gällande delaktighet utifrån vad som står i 3 kap. 5 § SoL.

Enligt 3 kap. 5 § SoL ska ”Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.”

Verksamheten brister i detta när det gäller den enskildes delaktighet i utformandet av insatsen. Enligt dokumentationsgranskningen saknar sex av tio planer aktiv delaktighet av den enskilde eller företrädare vid upprättandet av planen.

Verksamheten brister i att säkerställa den enskildes delaktighet i att ta del av sin dokumentation och sina målformuleringar i genomförandeplanen. Enligt 11 kap. 6 § SoL står att ”dokumentationen skall utformas med respekt för den enskildes integritet. Den enskilde bör hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom eller henne. Om den enskilde anser att någon uppgift i dokumentationen är oriktig skall detta antecknas”

I självskattningen framkommer att det är varierande på Mikaeligården, beroende på avdelning och personal, om den enskilde erbjuds att ta del av sin levnadsberättelse, sina mål, sina målformuleringar samt dokumentation kring det som rör denne. Detta beror, enligt verksamheten på vilken kunskap eller intresse personalen har kring detta. Enhetscheferna berättar att detta är ytterligare ett område den kvalitetsstödjande undersköterskan stöttar omvårdnadspersonalen i att förbättra sig och få kunskap kring. De upplever att personal varit mycket positiva till detta och intresserade av att lära.

Mat, måltid och nutrition

Gällande mat, måltider och nutrition bedöms att verksamheten utifrån inhämtade uppgifter inte helt uppfyller kraven då den brister i att följa delar av ”Riktlinjer för mat, måltider och nutrition”.

Verksamheten brister i att göra nutritionsutredningar enligt ”Riktlinjer mat, måltid och nutrition”.

Sjuksköterskan berättar att de gör viktkontroller och att de vid vissa tillfällen gör en mindre nutritionsutredning när en person har risk för undernäring, dock finns det ingen systematik i detta. Det är en brist utifrån gällande riktlinjer som säger att en nutritionsutredning ska göras och vad den ska innehålla.

Verksamheten brister i att fördela måltiderna under dygnet utifrån vad som står i ”Riktlinjer mat, måltid och nutrition”.

I självskattningen uppges att det i dag finns brister när det gäller att sprida ut måltider och mellanmål alla tider på dygnet. I riktlinjen för mat, måltider och nutrition står det att ”Måltiderna ska därmed fördelas under dagen så att nattfastan (tiden mellan sista målet på kvällen och det första nästkommande morgon) inte blir för lång. Tumregeln är maximalt cirka elva timmar.”

Det ges information om att ett förbättringsarbete kring måltiderna kommer att påbörjas hösten 2019 och där kommer Mikaeligården bland annat få hjälp av en dietist. Syftet är att personalen ska få mer kunskap kring kost samt hur de kan göra måltiderna till en lugn och trevlig stund för de boende.

Personlig omvårdnad och service

Gällande personlig omvårdnad och service bedöms verksamheten utifrån inhämtade uppgifter inte helt uppfylla kvalitetskraven.

Verksamheten brister i att ha ett varsamt handlag samt diskretion vid all kroppslig omvårdnad.

Det framkommer vid uppföljningen att flera av omvårdnadspersonalen behöver få utbildning kring hur de ska säkerställa ett varsamt handlag samt diskretion vid all kroppslig omvårdnad. Klagomål från en del boende kring hur personalen arbetar med detta har inkommit.

Idag görs inte fullständig utredning vid blåsdysfunktion vilket är en brist utifrån riktlinjer för Vårdprevention. Verksamheten berättar att det är omvårdnadspersonal som beställer hem och provar ut inkontinensskydd och de uppger att det är svårt att veta vad som passar och vad man ska beställa hem. Detta är en brist utifrån att insatser kopplat till inkontinens är en hälso- och sjukvårdsinsats och måste bedömas av legitimerad personal enligt föreskrift. Verksamheten berättar att det är planerat en genomgång med representant från upphandlat företag inom inkontinenshjälpmedel och man planerar också att göra uppföljningar på tidigare gjorda bedömningar vilket inte gjorts tidigare.

Omvårdnadspersonalen berättar att de planerar in toalettbesök även för de som använder inkontinenshjälpmedel. De berättar också att det finns inkontinensombud, både undersköterskor och sjuksköterska.

Verksamheten brister i kunskaper kring bemötande av oro och ångest. När det gäller hur oro och ångest kan hanteras utifrån bemötande av omvårdnadspersonalen, saknas grundläggande kunskaper. Enligt enhetscheferna behöver bemötande av den enskilde tas upp regelbundet i teamet. Det beskrivs hur omvårdnadspersonal inte vet hur de ska bemöta enskilda personer som uttrycker oro och ångest. Ett exempel är att personal i situationer vid oro hos den enskilde inte backat och givit den enskilde utrymme. I stället har man gått på och förvärrat situationer när den enskilde inte fått utrymme. Enhetscheferna uppger att det finns behov av att utbilda och utveckla arbetssätt gällande Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD). Idag arbetar sjuksköterskorna tillsammans med läkarna när det gäller oro, ångest och smärtproblematik

Vård i livets slut

Bedömning utifrån inhämtade uppgifter är att verksamheten uppfyller kvalitetskraven gällande vård i livets slut.

Enligt vad anställda på Mikaeligården uppger är palliativa rutiner och riktlinjer är kända och används av personalen. Omvårdnadspersonalen beskriver att de är trygga i att vårda personer vid livets slutskede. Vid palliativ vård beskriver verksamheten att de arbetar i teamet, framförallt omvårdnadspersonal, sjuksköterska och arbetsterapeut, för att det ska bli så bra som möjligt för den

enskilde. Det finns palliativa ombud på alla avdelningar, vilket det inte funnits tidigare. Det finns utsedd sjuksköterska som är sammankallande för ombuden. För att de enskilde och anhöriga ska bli väl informerade om livets slutskede så för sjuksköterska och omvårdnadspersonal fortlöpande samtal med den enskilde och anhöriga. Sjuksköterskan kontakter läkare för brytpunktssamtal och informerar anhöriga. Sjuksköterskan gör bedömning av när det ska sättas in vak. I första hand är det ordinarie personal som arbetar på avdelningen som sitter vak. Sjuksköterskan erbjuder alltid anhöriga ett efterlevandesamtal.

Personalen har individuellt genomfört den läns-och regiongemensamma utbildningen i palliativ vård (GRADE).

Den enskildes skydd

Bedömning utifrån inhämtade uppgifter är att verksamheten inte helt uppfyller kvalitetskraven gällande den enskildes skydd.

Verksamheten följer inte riktlinjen för ”Avvikelse, klagomål och synpunkter”, vilket är en brist.

Man uppger i självskattningen att de i dag inte har rutin för hantering av klagomål, avvikelser och synpunkter. Omvårdnadspersonalen som är med på uppföljningen uppger att de trots avsaknad av rutin, har skrivit flera avvikelser men att ingen i den tidigare ledningen tagit upp dessa, och de har undrat varför de inte fått någon återkoppling. Under 2018 rapporterades ca 250 avvikelser i avvikelsemodulen, de flesta rör fall eller läkemedel.

En systematik kring dokumentation av klagomål och synpunkter saknas också. Omvårdnadspersonal informerar om att de tar emot många av de anhörigas synpunkter och klagomål på avdelningarna. De säger att de inte dokumenterar dessa samtal i form av journalanteckningar eller avvikelser.

I Örebro kommuns riktlinje; ”Avvikelse Klagomål och Synpunkter”, står bland annat att ”all verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och som är delaktiga i en persons vård, omsorg och stöd i Örebro kommun ska hantera avvikelser och klagomål på ett ändamålsenligt och likartat sätt som ett led i ett systematiskt förbättringsarbete av verksamheten.”

Verksamheten följer inte ”Riktlinjer för basal hygien inom den kommunala hälso- och sjukvården i Örebro läns kommuner” vilket är en brist.

Det framkommer att personal röker med arbetskläder på, och åker hem arbetsklädda utan att byta om. Vikariekläder är det ont om, det är inte alltid möjligt att erbjuda vikarier arbetskläder. Det framkom också vid kvalitetsuppföljningen att det ibland saknas arbetskläder för att kunna byta varje dag vilket är en brist. Enligt riktlinjer för basal hygien inom den kommunala hälso- och sjukvården inom Örebro län gäller att arbetskläder endast får användas i arbetet samt att arbetskläder ska bytas dagligen eller vid behov oftare.

Vid granskning i W3D3 framkommer att det finns ett klagomål från 2019 gällande hygien och att man inte följer hygienriktlinjen.

Verksamheten brister i att följa riktlinjen ”Egenkontrollrond vårdhygienisk standard, förklaringar till protokollet, för verksamhet inom kommunal vård och omsorg” då egenkontroll och hygienrond inte genomförs. Verksamheten berättar att det finns en plan om att börja med hygienrond. Hygiensköterska kommer att bjudas in till arbetsplatsträff, och har även bjudits in till ett första möte med hygienombuden.

Verksamheten har inte rutiner för riskbedömningar, vilket är en brist. I dag saknas rutiner för riskbedömningar utifrån kvalitetsregistret Senior Alert och detta framkommer vid den journalgranskningen som gjorts inför kvalitetsuppföljningen. Risk för fallskador och trycksår ska behandlas och förebyggas med individuella och generella åtgärder. Riskbedömningar ska göras enligt Senior alert och alla risker ska ha en vårdplan. Enligt anställda på Mikaeligården har det påbörjats ett arbete i detta då det inte tidigare gjorts. Fler patienter har dock vårdplaner på identifierade risker så riskbedömningar har genomförts även om de inte varit strukturerade.

Det uppges att verksamheten använder Örebro kommuns rutiner och riktlinjer gällande missförhållanden och rapportering och anmälan enligt Lex Sarah.

När det gäller att bedöma, dokumentera och följa upp skydds-och begränsningsåtgärder uppges det att arbetsterapeuten har påbörjat ett arbete med detta då det inte sedan tidigare gjorts. Detsamma gäller arbetet med att förebygga risk för fallskador med hjälp av individuella och generella åtgärder.

Enligt brukarundersökningen är det 100% som svarar att de känner sig trygga på boendet, det är en förändring jämfört med år 2017 där det var 80% som svarade att de kände sig trygga på boendet. I självskattningen svarar anställda på Mikaeligården själva på frågan om den enskilde känner sig trygg med sin vård och omsorg, att de anser att det är varierande. På uppföljningen förtydligar dom detta, och informerar om att de fått till sig klagomål och synpunkter från anhöriga om att tryggheten kring vården och omsorgen behöver förbättras. Den internutredning som SAS påbörjat ska bland annat syfta till att komma åt detta.

Hälso- och sjukvård

Verksamheten bedöms utifrån inhämtade uppgifter inte helt uppfylla kvalitetskraven för hälso-och sjukvård.

Vid journalgranskning av hälso-och sjukvård framkommer att det genomgående saknas dokumentation om att läkemedelsgenomgångar genomförs. Detta är en brist.

Verksamheten brister i att följa rutin för delegering av läkemedel när det gäller att säkerställa att samtlig omvårdnadspersonal har kompetens för att inneha delegering.

Enligt självskattningen har man från Mikaeligården uppgivit att omvårdnadspersonalens kompetens för att ta emot och instruktion och delegering av sjuksköterska och arbetsterapeut varierar. Enligt

kompetensinventeringen är samtliga av den tillsvidareanställda omvårdnadspersonalen delegerade trots att kompetensen uppges variera. I rutin för delegering av läkemedel står att ”den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får överlåta en arbetsuppgift till annan person endast då detta är förenligt med en god och säker vård.” Det uppges från enhetscheferna att det främst är brist bland de timanställda vikarierna. Det kan handla om att verksamheten får in vikarier som aldrig tidigare arbetat inom vården. Det finns språkliga brister som delvis kan vara en förklaring till att vissa anställda och timvikarier inte har tillräcklig kompetens för att ta emot instruktion och delegation. Verksamheten arbetar med detta genom att ta hjälp av den kvalitetsstödjande undersköterskan, man planerar även på att införa språkbud som en ytterligare hjälp. Det informeras också om att det framöver kommer vara lättare för sjuksköterskorna att följa rutinerna för delegering, nu när alla sjukskötersketjänster är tillsatta. Det har varit svårt för sköterskorna att hinna med att följa upp och åtgärda när det varit brist i kompetens hos delegerad personal.

När det gäller rutiner för läkemedelshantering uppges man från Mikaeligården i självskattningen att sådana finns och följs. Dessa uppdateras en gång per år. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts i verksamheten av extern granskare i november 2018. Granskningen visade på god ordning i akutbuffertförrådet och egenkontroll av översyn har genomförts.

Anhörigstöd

Verksamheten bedöms ej helt uppfylla kvalitetskraven för anhörigstöd då det i självskattningen framkommer att Mikaeligården saknar lokal rutin för att stödja anhöriga.

Cheferna på Mikaeligården informerar på uppföljningen om att det tidigare inte funnits anhörigombud, men nu finns det utsedda anhörigombud för varje avdelning. Dessa kommer att gå utbildning för uppdraget. I självskattningen konstateras att kontaktpersonerna behöver bli bättre i sitt uppdrag att se anhöriga, på uppföljningsmötet framkommer att tidigare har viss information till anhöriga missats. För att komma till rätta med detta finns det även ett nystartat anhörigråd.

Tillgänglighet och information

Verksamheten bedöms utifrån inhämtade uppgifter inte helt uppfylla kvalitetskraven för tillgänglighet och information

Boendet ska vara väl skyltat för att underlätta tillgänglighet för besökare. I självskattningen uppges att skyltningen för verksamheten är undermålig. Många har svårt att hitta till verksamheten. Cheferna har påtalat detta för Örebrobostäder som är hyresvärd, men situationen har hittills inte förbättrats. Det är en brist att boendet inte är väl skyltat.

Verksamheten brister i att ha tydliga kontaktuppgifter. Skriftlig information ska finnas om verksamheten med kontaktuppgifter till ansvarig chef och andra nyckelfunktioner till exempel sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut. På Örebro kommuns hemsida finns en beskrivning av boendet. Där finns även telefonnummer till avdelningarna. Dock saknas telefonnummer och e-postadresser till ansvariga chefer, samt telefonnummer till arbetsterapeut och omvårdnadsansvariga sjuksköterskor för respektive avdelning. Detta är en brist.

Verksamheten brister i att inte all anställd personal på verksamheten bär namnskyltar.

Verksamheten uppger att när det gäller timvikarier från Bemanningenheten är det problem med att dessa ofta kommer till arbetet utan namnskyltar. Vikarierna ska enligt uppgift från enhetscheferna på Mikaeligården, få namnskyltar från Bemanningenheten men det förekommer ofta att skyltarna glömts eller att vikarier tror att de ska få namnskylt från Mikaeligården. Det är en brist att inte all personal bär väl synliga namnbrickor. För övrigt kan konstateras att vid rundvandring på boendet bar den personal som påträffades namnskyltar. All tillsvidareanställd personal, elever och feriepraktikanter får namnskyltar av verksamheten.

Det finns ett klagomål från 2019 gällande bland annat tillgänglighet när man ringer verksamheten. Personen i fråga har inte blivit uppringd trots lämnat meddelande på telefonsvararen.

Medarbetare och ledarskap

Verksamheten bedöms utifrån inhämtade uppgifter inte helt uppfylla kvalitetskraven för medarbetare och ledarskap.

All personal ska behärska svenska språket på ett sådant sätt att han/hon kan kommunicera med de boende, deras närstående, övrig personal samt för att skriftligt kunna göra den dokumentation som krävs för respektive yrkeskategori. I självskattningen uppges att det inte är alla medarbetare som behärskar svenska språket fullt ut muntligt och skriftligt. Detta är en brist.

På uppföljningen framkommer att det blivit en del missförstånd på grund av språkförbistringar. För att komma tillrätta med detta har verksamheten infört språkombud som ska gå en språkombudsutbildning och sedan kunna fungera som stöd och hjälp för de kollegor som har behov.

Verksamheten brister i att säkerställa att samtliga medarbetare har den kompetens som behövs för att klara av sina arbetsuppgifter, och bidra till att nå verksamhetens mål och krav.

Av kompetensinventering som verksamheten fått svara på, framkommer att sju personal saknar grundläggande demensutbildning, fem personer saknar Treservautbildning och kan därmed inte dokumentera eller komma in i systemet och läsa genomförandeplaner och verkställighetsjournaler.

Elva personal saknar palliativ utbildning (Grade), en personal saknar aktuell delegering, tre personal saknar utbildning i vardagsrehabilitering samt att fem personal inte skrivit under ansvarsförbindelse för hygien. När det gäller hygien

har verksamheten under 2019 mottagit anhörigklagomål angående att verksamheten inte följer hygienriktlinjerna.

Det finns en långsiktig plan gällande kompetensutveckling för verksamheten. Alla ombud, som vid uppföljningen är relativt nytillkomna, ska utbildas inom respektive områden. Det finns enligt enhetschefer ett behov av grundläggande kompetensutbildning för verksamheten.

I självskattningen noterar verksamheten att man upptäckt att sjuksköterskor saknar ett gemensamt arbetssätt. Det har framförallt upptäckts i och med att det anställts nya sjuksköterskor på verksamheten. För att komma tillrätta med detta har en sjuksköterska fått ett samordnande uppdrag från och med mars.

Enhetschefen uppger att verksamheten är bemannad dagtid med sådan kompetens och med sådan god personalstyrka att de boende alltid tillförsäkras en god vård och omsorg. Dock uppges att det nattetid är en brist personalmässigt, då det utifrån budgetram är tre personal på natten som arbetar på sex avdelningar, varav tre är demensavdelningar. Enhetscheferna betonar att det är trygg och van nattpersonal, och att de hanterar situationen, men man upplever ändå att det är för få personal. Synpunkter och funderingar kring detta har även inkommit från anhöriga. Enligt enhetscheferna sätts det in extra bemanning vid behov, till exempel vid oro hos de boende.

Mikaeligården har 92% utbildade undersköterskor av de tillsvidareanställda samt månadsanställda medarbetarna.

Dokumentation

Social dokumentation

Verksamheten bedöms utifrån inhämtade uppgifter inte helt uppfylla kvalitetskraven för dokumentation.

Verksamheten saknar rutin för egenkontroll av dokumentation enligt SOL. Detta är en brist enligt SOSFS 2011:9 ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” I 2 § 5 kap där det står att ”Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet”.

Enhetscheferna informerar om att egenkontroll av dokumentation SOL ska införas. Den första är planerad till hösten 2019, och sedan är planen att egenkontroll ska utföras regelbundet vår och höst.

Verksamheten brister i dokumentationen då inte alla boende har genomförandeplaner, samt att inte alla planer är aktuella då de inte är uppföljda inom tre månader. I svensk standard 4.24 Dokumentation står att: ”Genomförandeplanen förverkligar biståndsbeslutet och är en överenskommelse mellan den äldre och/eller dennes legala företrädare och den som bedriver verksamhet. Av genomförandeplanen framgår med vad och hur den enskilde behöver hjälp, vad den äldre kan göra själv samt individuella önskemål och

intressen”. Enligt Örebro kommuns riktlinje ”Riktlinje för verkställighet enligt socialtjänstlagen” står även att ”utföraren ska följa upp sina planerade insatser minst var tredje månad tillsammans med den enskilde och/eller legal ställföreträdare. Uppföljningen avgör om ny planering behövs eller om beslutsfattaren ska kontaktas”.

I granskad dokumentation saknas tre genomförandeplaner av de tio som granskades, samt att sju genomförandeplaner ej var uppföljda inom tre månader.

Enhetscheferna upp ger att verksamheten i dag inte arbetar utifrån genomförandeplaner i arbetet med de boende. Detta är en brist.

Målsättningen för Mikaeligården är att de ska arbeta utifrån genomförandeplanen. Enligt enhetscheferna är de inte där än, men man har anställt en kvalitetsstödjande undersköterska som har i uppdrag att stötta personalen med att upprätta och uppdatera genomförandeplaner för alla boende.

I självskattningen framkommer det att det finns en medvetenhet om brister i verksamheten gällande den sociala dokumentationen. Ett förbättringsarbete med hjälp av den kvalitetsstödjande undersköterskan och dokumentationsombudet har påbörjats.

Granskning genomförandeplaner

Granskningen av genomförandeplaner visade att alla som hade genomförandeplan hade en kontaktperson utsedd. I sex av de sju genomförandeplaner som fanns, är vad, när, hur och av vem beskrivet på ett sätt som ger en god vägledning om hur den enskilde önskar få sin omvårdnad genomförd. I den sjunde saknas beskrivning av hur personen i fråga behöver få sin hjälp utförd. På frågan om det finns mål hämtat från den sociala utredningen så är det fem planer som har mål hämtade från den sociala utredningen.

Granskning verkställighetsjournaler

Granskningen av verkställighetsjournaler visade att samtliga personer hade en verkställighetsjournal. I de flesta av journalerna finns det kontinuerliga anteckningar där det är lätt att följa insatsens utförande. Dock har det i en journal inte förts anteckningar under ett helt år.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser dokumenteras inte på ett systematiskt sätt av sjuksköterskorna. I sjuksköterskornas vårdplaner saknas det ofta dokumentation om uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatserna vilket gör att det inte går att utläsa vad som hänt och därmed heller inte vilken effekt insatsen har resulterat i vilket är en brist utifrån patientdatalagen.

Vissa av sjuksköterskornas vårdplaner är inte fördelade trots att det är hälso- och sjukvårdsinsatser man vill överlåta till omvårdnadspersonal vilket är en brist utifrån metodstödet Vårdplaner. Istället hänvisar man till att insatsen finns i MCSS (digitala signeringssystemet).

I de 17 journaler som granskats används sällan frastext i de fördelade vårdplanerna. Den text som står är otydlig vad gäller vilken åtgärd som ska utföras, när och hur åtgärden ska utföras, vem som ska utföra den och när och vad baspersonalen ska dokumentera angående uppföljning. I de fördelade vårdplanerna efterfrågas sällan uppföljning av omvårdnadspersonalen och

legitimerade skriver ibland hur de själva tänkt följa upp hälso- och sjukvårdsinsatsen vilket inte är lämpligt att ta med i det som fördelas till omvårdnadspersonal. Detta är en brist utifrån metodstödet Vårdplaner. Av de journaler som granskats finns det nästan aldrig dokumenterat att Senior Alert genomförts vilket är en brist utifrån riktlinjer Vårdprevention.

I majoriteten av de granskade journalerna saknas samtycken om informationsöverföring vilket är en brist enligt rutinen ”Informationsöverföring och samtycke inom hälso- och sjukvård”.

Egenkontroll av HSL-dokumentation har inte genomförts vilket är en brist enligt SOSFS 2011:9 ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”

Vid granskning av journaler konstateras att det finns många gamla vårdplaner som inte längre är aktuella men som inte avslutats.

Två av tio personer har en uppdaterad aktivitetsbedömning dokumenterad av arbetsterapeut i de journaler som granskats vilket är en brist utifrån hälso- och sjukvårdsprocessen.

Vid granskandet av journaler finns det några patienter som har hälso- och sjukvårdsinsatser som faller under begreppet skydds- och begränsningsåtgärd, så som grind på säng. För dessa fanns samtycke taget, vilket var positivt.

Bedömning

Mikaeligården har en engagerad ledning med två relativt nytillsatta chefer som är väl insatta i de brister som finns och som vidtagit både omedelbara åtgärder, samt åtgärder som planerats framöver. Det finns omvårdnadspersonal som efterfrågar förändring i arbetssätt, rutiner och kompetensutveckling.

Mikaeligården bedöms vara en verksamhet med ett flertal brister som kommer att behöva åtgärdas för att säkerställa att de boende får sina behov tillgodosedda och att verksamheten följer de bestämmelser och rutiner som finns. Det finns ett stort behov av vidareutbildning inom personalstyrkan, och förändring av arbetssätt. Men sammantaget bedöms Mikaeligården vara en verksamhet som har utvecklingspotential, framförallt på grund av engagerad ledning och att det hos vissa medarbetare efterfrågas en förändring.

Brister som kräver åtgärdsplan

För de brister som identifierats vid granskningen på Mikaeligården ska verksamheten upprätta en åtgärdsplan där det framgår vem som är ansvarig samt när bristen ska vara åtgärdad. Åtgärdsplanen ska redovisas för kommunen senast 2019-06-06 i bifogad åtgärdsplan. Punkterna kommer att följas upp när åtgärdsplan kommit in.

Serviceomtagande

Verksamheten ansvarar för att bristerna och åtgärdsplanen presenteras i vård- och omsorgsnämnden i rimlig tid efter upprättad åtgärdsplan.

- Bemötande
- Delaktighet
- Mat, måltider och nutrition
- Personlig omvårdnad och service
- Anhörigstöd
- Den enskildes skydd
- Hälso- och sjukvård
- Tillgänglighet och information
- Medarbetare och ledarskap
- Dokumentation