

## **Bedömning av verksamhetens kvalitet**

### **Judiska hemmet**

Regiform privat

Inriktning: somatik och demens

Antal lägenheter: 76

Syftet med uppföljningen är att bedöma verksamhetens sammantagna kvalitet samt följsamhet till lagar, författningar och avtal eller uppdragsbeskrivning, utifrån nedan angivna underlag. Uppföljningen belyser verksamhetens styrkor och utvecklingsområden för att stödja verksamheten i förbättringsarbetet.

### **Sammanfattande bedömning**

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen, är bedömningen att verksamheten uppfyller de krav som ställs, och bedöms därmed ha förutsättningar att ge en god vård och omsorg. Judiska hemmet eftersträvar att erbjuda en trygg och hemlik miljö utifrån judisk tro och levnadssätt vilket uppfylls genom boendemiljö, mat och kompetens inom personalen. Till verksamhetens styrkor hör bland annat hög kompetens bland personalen, en vacker och hemlik utomhus- och inomhusmiljö samt eget kök specialiserat på koshermat.

Resultat i brukarundersökning visar överlag på en mycket hög nöjdhet hos de boende, framför allt när det gäller upplevd trygghet, bra bemötande och förtroende för personalen.

Verksamheten behöver fortsätta utveckla sitt arbete med lex Sarah-rapportering främst genom att öka systematiken i analys och bedömningen av avvikelser och lex Sarah.

### **Trygghet och säkerhet**

Den samlade bedömningen är att verksamheten erbjuder en trygg och säker vård och omsorg, anpassad till de boendes individuella behov. Verksamheten har ett fungerande kvalitets- och ledningssystem som även omfattar dess verksamhetsidé om judisk tro och levnadssätt. Trygghet för den enskilde liksom i verksamheten som helhet är ett område som genomsyrar arbetssätt och rutiner.

Både ledning och medarbetare berättar att samverkan, teamarbete och informationsöverföring fungerar bra. Riskanalyser och egenkontroller genomförs regelbundet och används i arbetet för att utveckla och förbättra verksamheten.

Verksamheten har goda arbetssätt för avvikelshantering vilket även bekräftas i enskilt samtal med medarbetare. Ledningen har redovisat hur de ska öka kompetensen om lex Sarah inom verksamheten, bland annat har verksamheten inrättat kvalitetsråd i syfte att öka systematiken i analysen av avvikelser och lex Sarah.

Den nationella brukarundersökningen från 2022 visar att 91 procent av de som svarat känner sig trygga på boendet, 92 procent upplever att de får ett bra bemötande från personalen och 89 procent känner förtroende för personalen.

### **Meningsfullhet och delaktighet**

Den samlade bedömningen är att verksamheten arbetar för att de äldre ska få vara delaktiga och ha en meningsfull tillvaro.

Verksamheten arbetar både utifrån sin egen värdegrund, som innefattar att de äldre ska få åldras med trygghet och värdighet bland annat genom professionellt yrkesutövande och judisk tradition, samt utifrån den nationella värdegrunden för äldreomsorg.

Medarbetare på demensavdelningarna har genomgått utbildning i BPSD (svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Enheten tillämpar det arbetssätt som anges i BPSD i förekommande fall. Verksamheten har även påbörjat Stjärnmärkning, vilket är en utbildningsmodell från svenskt demenscentrum. Syftet med Stjärnmärkning är att ge personal kunskap och verktyg för att utveckla det personcentrerade arbetet på arbetsplatsen.

Verksamheten har i början av 2023 startat ett pilotprojekt på en av demensavdelningarna, inspirerat av ett studiebesök i en demensby utomlands. Bemötande och aktiviteter är i fokus för projektet. Medarbetargruppen får handledning i de nya arbetssätten. Pilotprojektet kommer att utvärderas framöver.

Lokalerna är välskötta och trevligt inredda vilket skapar en hemlik miljö med tydliga inslag av judisk tradition och kultur. Verksamheten har två innergårdar som anpassats för de boende och möjliggör utevistelse i trygg miljö. Verksamheten har eget kök med kostchef som bereder mat enligt koscher. Kökspersonalen anpassar mat och måltider utifrån enskildas önskemål och behov.

Den nationella brukarundersökningen från 2022 visar att en hög andel av de boende som svarat anser att personalen tar hänsyn till de boendes åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras, att de kan påverka vid vilka tider de får hjälp och att möjligheterna att komma utomhus är bra. En relativt låg andel svarar att de besväras av ensamhet. När det gäller nöjdhet med mat och måltidssituationen ligger resultaten lite lägre än genomsnittet i staden. En relativt hög andel svarar att de är nöjda med de aktiviteter som erbjuds på boendet.

### **Verksamheten behöver åtgärda**

De brister som uppmärksammats i samband med verksamhetsuppföljningen har åtgärdats. Verksamheten behöver fortsätta vidareutveckla arbetet med lex Sarah-rapportering såsom beskrivits ovan.

### **Uppföljningen är gjord av**

Verksamhetscontroller Isabelle Wall och medicinskt ansvarig sjuksköterska Bintou Traoré Tent vid Skarpnäcks stadsdelsförvaltning.

Uppföljningen är genomförd på plats i verksamheten 2023-03-21 genom möte med ledningen, enskilt samtal med medarbetare och rundvandring i lokalerna.

### **Uppföljningsunderlag**

- Verksamhetsuppföljning mars 2023 (strukturkvalitet)
- Brukarundersökning 2022 (resultatkvalitet)
- Kvalitetsobservation november 2021 (struktur- och processkvalitet)

Mer om stadens uppföljningsmodell för äldreomsorg och gällande avtal samt uppdragsbeskrivning hittas på stadens hemsida. Länk till sidan finns [här](#)