

Enhet Kastanjen

Björkbackens äldrecentrum

Verksamhetsform: Kommunal regi

Chef: Lotta Nobel

Kvalitetsgranskningen genomfördes 2013-12-04 – 2014-01-03

Dnr: 2014/KS 0102

Genomförd av:

Eva Lindgren

Kvalitetscontroller

eva.lindgren@tyreso.se

Granskningsrapporten godkänns och överlämnas till socialförvaltningen för eventuella åtgärder med anledning av granskningen.

Tyresö den 2013-02-03


Catarina Stavenberg












Kvalitetschef

tyresö kommun 




Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Sammanfattning av granskning av Kastanjens vård & omsorgsboende, Björkbackens äldrecentrum.....	3
Syfte	4
Metod	4
1 Verksamhetens förutsättningar	4
1.1 Allmänt	4
1.2 Lokaler och miljö	5
1.2.1 Bedömning	5
1.3 Ledning	5
1.3.1 Bedömning	6
1.4 Personal och bemanning.....	6
1.4.1 Bedömning	7
2 Arbetet i verksamheten.....	7
2.1 Bemötande, självbestämmande och inflytande.....	7
2.1.1 Bedömning	8
2.2 Kontaktmannaskap.....	8
2.2.1 Bedömning	8
2.3 Meningsfull tillvaro	8
2.3.1 Bedömning	9
2.4 Samverkan	9
2.4.1 Bedömning	10
2.5 De äldres eller företrädares omdöme av verksamheten.....	10
2.5.1 Bedömning	10
3 Måluppfyllelse och kvalitetsarbete	10
3.1 Trygg och säker verksamhet.....	10
3.1.1 Bedömning	11
3.2 Kvalitetsarbete.....	11
3.2.1 Bedömning	11
4 Referenser	13

Sammanfattning av granskning av Kastanjens vård & omsorgsboende, Björkbackens äldrecentrum.

-  Flertalet anhöriga uttrycker att de känner sig nöjda och trygga, personalen har ett gott bemötande.
-  Personalkontinuiteten på Kastanjen är mycket hög.
-  Enheten har en mycket hög andel utbildad personal. De har god kompetens för sitt uppdrag.
-  Boenderummen uppfyller inte kraven på fullgod bostadsstandard i alla delar, enligt Boverkets byggregler.
-  Verksamheten behöver utveckla vardagsaktiviteterna i enlighet med värdighetsgarantierna och bli bättre på att informera om de aktiviteter som Björkbackens äldrecentrum erbjuder.
-  Måltidssituationen kan utvecklas när det gäller dukning, servering och måltiden som aktivitet.
-  Det förändrade uppdraget behöver tydliggöras.
-  Samtliga personalkategorier behöver få regelbunden handledning eller schemalagd tid för strukturerad reflektion.
-  Enheten behöver utveckla den sociala dokumentationen.
-  Det är brister i tillgängligheten vid huvudentrén till Björkbacken för de som sitter i rullstol.
-  Enheten behöver ändra sina rutiner för nycklar till boenderummen, så att alla boende erbjuds nyckel till boenderummet.

Kvalitetsnivåer

-  Grönt visar goda exempel som med fördel kan spridas till andra enheter.
-  Gult innebär att verksamheten har områden som kan utvecklas.
-  Rött innebär att verksamheten uppvisar brister som behöver åtgärdas.

Syfte

Kommunstyrelsen har i beslut den 27 november 2012 fastställt granskningsplan för privat och kommunal verksamhet för år 2013. Granskningarna utförs av kvalitetsenheten, Medborgarfokus.

Metod

En genomgång av dokument sker före och under verksamhetsbesök, se referenser. Granskningen innefattar intervjuer/samtal med enhetschef, personal och boende. Anhöriga/närstående eller företrädare har intervjuats. Den sociala dokumentationen kring de boende granskas. Observationer av verksamheten sker genom både anmälda och oanmälda besök.

Resultatet av granskningen återkopplas både muntligt och skriftligt till verksamheten som därmed har möjlighet att faktagranska innehållet innan rapporten färdigställs. Rapporten överlämnas till socialförvaltningen som avgör vilka åtgärder verksamheten eventuellt behöver vidta. Rapporten anmäls till socialnämnden och publiceras på www.tyreso.se.

Bedömningen av kvalitet vägs samman av:

- **Verksamhetens förutsättningar (strukturkvalitet)**
Granskningen grundar sig på gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter, kommunens riktlinjer och gällande avtal.
- **Arbetet i verksamheten (processkvalitet)**
Processer, rutiner och arbetssätt beskrivs och bedöms i förhållande till uppdraget.
- **Måluppfyllelse (resultatkvalitet)**
Granskningen grundar sig på Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete¹.

1 Verksamhetens förutsättningar

Här beskrivs granskningen av verksamhetens organisation, ledning, personal, lokaler och övriga resurser.

1.1 Allmänt

Boendeplats på Kastanjen beviljas genom biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen, SoL. Verksamheten drivs med utgångspunkt från gällande lagstiftning. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt Tyresö kommuns mål och styrdokument.

Kastanjens vård- och omsorgsboende är ett boende för somatiskt sjuka personer över 65 år med stora och omfattande omvårdnadsbehov samt för personer med behov av palliativ omvårdnad i livets slutskede. Kastanjen drivs i kommunal regi och ingår som en del av Björkbackens äldrecentrum som ligger

¹ Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

nära Tyresö centrum. Fram till december 2013 hade Kastanjen tio platser avsedda för kvalificerad vård i livets slutskede. Det specifika uppdraget upphörde i samband med årsskiftet 2013 – 2014. De har också haft i uppdrag att sprida kunskap om vård i livets slutskede till andra enheter inom äldreomsorgen.

De boende har olika diagnoser och är i behov av individuellt anpassat stöd och bemötande från personalen. Det är också stor åldersspridning bland de boende.

Verksamheten leds av enhetschef som också är medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska för flera boendeenheter inom Björkbackens äldrecentrum och ingår i ledningsgruppen för Björkbackens äldrecentrum.

1.2 Lokaler och miljö

På Kastanjen finns plats för 26 boende och lokalerna är delade på två sidor, ett- och två-sidan. Lokalerna renoverades 2009, varje sida har 11 enkelrum och ett dubbelrum. Boenderummen har inte fullgod bostadsstandard i alla delar. Utöver de som bor i dubbelrummen, vilka i första hand är avsedda för parboende, delar två av de boende på varje sida hygienutrymme. Inget av boenderummen har eget kök eller trinette.

I Socialstyrelsens bedömningskriterier inom äldreomsorgen står ”En förutsättning för ett självständigt liv är en bra bostad.” Äldre personer ska ha ett fullvärdigt boende, vilket enligt Boverkets byggregler² innebär minst ett rum, eget hygienutrymme samt köksdel.

Alla boende har ett personligt digitalt trygghetslarm som är kopplat till en personaltelefon. Detta bidrar till att boende slipper störas av pipande larm.

Det finns ett gemensamt matrum/allrum på varje sida och i anslutning till entrén finns gemensamt allrum som kan disponeras av båda sidorna. Det finns ett avdelningskök och ett personalrum samt expeditioner. Enhetschefen har kontor i anslutning till den gemensamma entrén.

De gemensamma utrymmena har varma färger och textilier och de är möblerade med funktionella möbler.

1.2.1 Bedömning

Boenderummen uppfyller inte kraven på fullgod bostadsstandard i alla delar.

1.3 Ledning

Enheten leds av enhetschef som förutom Kastanjen är medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska för flera boendeenheter inom Björkbackens

² I Boverkets byggregler 3:22 2(BBR) framgår vad som ska finnas i en bostad, och i BBR 3:225särskilda boendeformer för äldre.

äldrecentrum. Tillfälligt har hon också ansvar för Solgläntan, en dagverksamhet för personer med demenssjukdom.

Enhetschefen har det yttersta ansvaret för att planera, leda kontrollera samt följa upp insatserna. Hon har också ansvar för att utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet inom enheten utifrån principerna i kommunens ledningssystem.³

Enhetschefen har arbetat som chef för Kastanjen sedan 2011. Hon är sjuksköterska med vidareutbildning som distriktssköterska. Hon har lång erfarenhet från arbete som Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kvalitetsutvecklare och som chef inom olika palliativa enheter.

Enhetschefen får stöd i sitt arbete från avdelningschef, kollegor och övrig ledning inom Björkbackens äldrecentrum. Utöver detta har enhetschefen tillsammans med övriga enhetschefer regelbunden handledning av extern handledare.

1.3.1 Bedömning

Enhetschefen har tillsammans med övriga kollegor regelbunden handledning av extern handledare.

1.4 Personal och bemanning

Tillgänglighet och bemanning

Dagtid bemannas respektive sida av fyra undersköterskor, kvällar arbetar två eller tre undersköterskor på respektive sida och nattetid bemannas enheten av två undersköterskor. På helger dagtid arbetar alltid tre undersköterskor på vardera sidan. Totalt arbetar 17,60 årsarbetare (åa) (undersköterskor) fördelat på 20 personer. Det finns en sjukgymnast (60 procent) och arbetsterapeut (75 procent). Utöver undersköterskorna arbetar en person dagligen i köket (1,56 åa) och på vardagarna finns städpersonal (0,50åa).

På enheten arbetar tre sjuksköterskor. (2,80 åa) Dessa har omvårdnadsansvar för cirka nio boende vardera. Kastanjen bemannas alltid dagtid vardagar av minst två sjuksköterskor. Kvällar, - nätter, - och helger finns en sjuksköterska med ansvar för hela Björkbackens äldrecentrum.

Under 2013 slutade en undersköterska sin anställning på grund av ålderspension. Tre nattsjuksköterskor slutade, varav en gick i ålderspension.

Sjukfrånvaron 2013 var 12,45 procent (långtidsfrånvaro 8,18 procent och korttidsfrånvaro 4,27 procent).

³ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialförvaltningen, Tyresö kommun

Bland annat med bakgrund av det förändrade uppdraget har bemanningen minskat under de senaste två åren med totalt cirka 3.20 årsarbetare (åa), varav 2.25 undersköterskor, 0.85 åa sjuksköterska och 0.10 åa sjukgymnast.

All tillsvidareanställd omvårdnadspersonal har lägst undersköterskeutbildning, motsvarande 900⁴ gymnasiepoäng från omvårdnadsprogrammet. Samtlig personal har under de senaste åren genomgått flera olika utbildningar och föreläsningar bland annat palliativ vård grundutbildning, symptomlindring, vård i livets slut, symtomlindring vid livets slut, vårdhygienutbildning, webbaserad demens utbildning, förflyttning mm. Samtlig tillsvidareanställd personal har dokumenterad kompetensutvecklingsplan för fortsatt kompetenshöjande utbildningar. Enhetschef berättar att de tar in resurser i form föreläsare från något specialteam, till exempel hjärnskadecenter, ALS-team när det finns behov.

Enligt enhetschef har de provat några olika metoder för att reflektera över arbetet, men ingen av dessa har fungerat tillfredsställande. Därför har personalen ingen regelbunden handledning eller schemalagd tid avsatt för strukturerad reflektion.

Omvårdnadspersonalen är schemalagda och arbetar dagar, - kvällar och helger. Personalens arbetstider planeras utifrån så kallat önskeschema, vilket innebär att de utifrån givna förutsättningar som utgår från verksamhetens behov, fördelar sina arbetspass.

1.4.1 Bedömning

Personalkontinuiteten på Kastanjen är mycket hög.

Enheten har en mycket hög andel utbildad personal. De har god kompetens för sitt uppdrag.

Personalen har ingen regelbunden handledning eller schemalagd tid avsatt för strukturerad reflektion.

2 Arbetet i verksamheten

Här beskrivs granskning av de processer och arbetssätt som används i verksamheten för att uppfylla målsättning i uppdraget. En bedömning görs också av hur verksamheten arbetar för att tillgodose behoven hos den målgrupp som verksamheten riktar sig till.

2.1 Bemötande, självbestämmande och inflytande

Genomförandeplanen ska utgå från målsättning i biståndsbeslutet. I flertalet av de granskade akterna fanns aktuell genomförandeplan. I dessa framgick vilka som deltagit vid upprättandet av planen. Planerna som beskriver de enskildes

⁴ Socialnämnden fastställde vid sammanträdet i december 2009, ett riktmärke att grundutbildning för anställning inom äldreomsorgen motsvarar 900 poäng från gymnasieskolans omvårdnadsprogram. DNR SN133/08 – 730.

behov av stöd och önskemål och planering av aktivitet är av ojämn kvalitet, några beskriver på ett föredömligt sätt den enskildes behov av stöd, önskemål och planering av insatsernas genomförande medan andra är mycket kortfattade och saknar relevant information om insatsernas genomförande. Den löpande dokumentationen är ofta kortfattad och det är svårt att följa händelser av vikt. Uppföljning av genomförandeplanen sker var 6:e månad eller vid behov. Alla boende hade inte uppdaterade biståndsbeslut.

En kopia av dokumentationen förvaras i pärm på sjuksköterskeexpeditionen tillsammans med en kopia av HSL dokumentationen. Dokumentationen förvaras under separata flikar och därmed tillgodoses kraven på att dokumentationen⁵ enligt de båda lagrummen, förvaras åtskilda.

2.1.1 Bedömning

Enheten behöver utveckla den sociala dokumentationen.

2.2 Kontaktmannaskap

Alla boende har en utsett kontaktman, alla har också en vice kontaktman utsedd. Personalen är kontaktman till två boende. Kontaktmannens uppdrag var känt bland både boende och deras anhöriga/närstående som tillfrågades.

Kontaktmannen har huvudansvar för den boendes inköp, redovisning av ekonomi och kontakter med anhöriga och närstående. Det är också kontaktmannen som deltar vid planering och upprättar genomförandeplanen för den enskilde. Om samverkan mellan boende, anhörig och kontaktman inte fungerar är det möjligt att byta kontaktman.

2.2.1 Bedömning

De boende och anhöriga som tillfrågades hade kännedom om vem som var kontaktman och vad det uppdraget innebar.

2.3 Meningsfull tillvaro

Det finns två personer på enheten som är utsedda till kulturombud, dessa ingår i Björkbackens kulturombuds nätverk. Kulturombuden ska fånga upp boendes önskemål och intressen för aktiviteter. Utöver detta är en person på vardera sidan ansvarig för dagliga aktiviteter.

Det finns en anslagstavla med information om dagens datum och vilka aktiviteter som erbjuds, denna är dock inte alltid uppdaterad. Information om vilka aktiviteter som Björkbackens äldrecentrum erbjuder saknas. Flera boende uttrycker också att dagarna är långa och att det sällan händer något.

⁵ Riktlinjer och rutiner för individuell planering och dokumentation vid genomförandet av insatser inom äldreomsorgen i Tyresö.

Frukost serveras vid 8.30 till de boende på boenderummen. Vid granskningstillfället var det ingen som åt frukost i den gemensamma matsalen.

Lunchen serveras klockan 12. De boende har möjlighet att välja mellan två olika maträtter. Matborden dukas strax innan. Matvagnen hämtas, kantiner och karotter med varm mat ställs på denna. På den ena sidan lägger personalen upp maten på tallrikar, några av de boende tillfrågas om vilken maträtt de önskar. De serverar mat och dryck på en bricka som bärs in till boendes rum. Några få sitter i matsalen och äter. Dessa bord dukas med tallrik, glas, bestick och servetter, det hela ger ett torftigt intryck och bidrar inte till trivsamt måltid, eller till att måltiden är en trevlig aktivitet. På den andra sidan dukas matborden strax innan lunchen serveras, flera av de boende sitter tillsammans och äter, även här kan man komplettera dukningen genom att ställa fram smör, bröd, kryddor och dryck. Måltiderna som aktivitet kan utvecklas till en trevlig vardagsaktivitet och en stund för samvaro.

Eftermiddagskaffet serveras också till de boende i deras rum. På ena sidan sitter dock flera boende och dricker sitt kaffe tillsammans.

Middagen serveras vid 16-tiden och kvällsfika klockan 19.

2.3.1 Bedömning

Information om aktiviteter som Björkbackens äldrecentrum kan erbjuda, är inte anslagna på enheten.

Verksamheten behöver utveckla vardagsaktiviteterna i enlighet med värdighetsgarantierna och bli bättre på att informera om de aktiviteter som Björkbackens äldrecentrum erbjuder.

Måltiderna behöver utvecklas när det gäller dukning, servering och som aktivitet.

2.4 Samverkan

Enheten bjuder in anhöriga till anhörigträffar två gånger per år. Enligt enhetschef det finns ett behov av att utveckla och finna nya metoder för samverkan med anhöriga och företrädare.

Enheten har avtal om läkarinsatser och samverkar med Familjeläkarna i Saltsjöbaden. Det är bra kontinuitet och de är lätta att nå.

Enheten samverkar med biståndsavdelningen. Både biståndshandläggare och enhetschef uttrycker att de har behov av ett närmare samarbete och samverkan mellan dem behöver förbättras och utvecklas.

2.4.1 Bedömning

Enheten behöver utveckla och utarbeta nya rutiner för samverkan med biståndsavdelningen.

2.5 De äldres eller företrädares omdöme av verksamheten

Flertalet anhöriga/närstående som intervjuas berättar att de är mycket nöjda med personalens bemötande och att de känner sig trygga. Några boende uttrycker att det är tråkigt och att dagarna blir långa, detta uttrycker även några av de anhöriga som intervjuats. Några andra anhöriga som intervjuats uttrycker att personalen inte är tillgänglig och att de är inne på expeditionen och inte ute i verksamheten, de känner sig otrygga och osäkra på om deras anhörige får den vård och omsorg den behöver.

Någon anhörig tog upp frågan omkring bemanning och de besparingar som genomförts. De uttrycker oro för att det ska påverka verksamheten negativt.

En synpunkt som några boende och anhöriga tar upp, är brister i tillgängligheten vid huvudentrén till Björkbacken för de som sitter i rullstol. Denna brist medför begränsningar för dem att själva komma ut och in.

2.5.1 Bedömning

Det är brister i tillgängligheten vid huvudentrén till Björkbacken för de som sitter i rullstol.

3 Måluppfyllelse och kvalitetsarbete

Verksamhetens kvalitet ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, kontinuerligt och systematiskt dokumenteras, följas upp, utvärderas och utvecklas.

3.1 Trygg och säker verksamhet

Verksamheten har tydliga rutiner för alla områden inom verksamheten. Rutinerna förvaras i en pärm som är tillgänglig för personalen. Genomgång och uppdatering av rutiner sker på arbetsplatsträffar (APT).

All personal blir informerad om skyldigheten att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden vid nyanställning och en gång per år. Samtlig personal som intervjuades hade övergripande kunskaper om rapporteringsskyldigheten.

Ingen av de boende har egen nyckel till sitt boenderum. Enligt personalen låser de dörren till respektive boendes rum, om de är bortresta eller vid sjukhusvistelse.

Enheten har uppdaterat rutinerna för hantering av privata medel och nu har alla boende fått låsbara skåp på sina boenderum. I dessa ska de boendes privata medel förvaras. Det är kontaktmannen som ansvarar för dessa och redovisar till den boende eller företrädare.

Alla boende har ett personligt trygghetslarm som är kopplat till en personaltelefon, detta innebär att det inte är onödiga och störande ljud från larmsignaler.

3.1.1 Bedömning

Enheten behöver ändra sina rutiner för nycklar till boenderummen, så att alla boende erbjuds nyckel till boenderummet.

3.2 Kvalitetsarbete

Som grund för verksamhetens systematiska kvalitetsarbete finns socialförvaltningens ledningssystem för kvalitetsarbete. Enhetschefen arbetar med årshjul, enhetsplan och verksamhetsberättelse. Enheten har årliga planeringsdagar i samband med planering för kommande år. Vid dessa tillfällen diskuteras och prioriteras olika utvecklingsområden som är viktiga för enhetens arbete. Personalen känner sig delaktiga i denna process. Men de uttrycker att det under senaste året funnits för lite tid att diskutera konsekvenser av neddragningar och de förändrade förutsättningarna.

Den palliativa vården som bedrivs på Kastanjen utgår från vetenskapligt beprövade metoder som Liverpool Care Pathway, LCP⁶. Enheten använder även det palliativa nationella kvalitetsregistret för att utveckla vården.

Kastanjens uppdrag att ge kvalificerad vård i livets slutskede har upphört och enheten har därmed fått förändrade förutsättningar för att utföra sitt uppdrag. Det innebär att personalen behöver arbeta med att förändra och utveckla verksamheten och anpassa arbetsätt. Vid granskningstillfället var detta inte helt utrett och tydliggjort för all personal.

Enheten har nyligen inrättat en kvalitetsgrupp. I denna ingår förutom enhetschef, representanter från sjuksköterskorna och undersköterskorna. Gruppen träffas en gång i månaden och vid dessa tillfällen diskuteras för närvarande resultatet av medarbetarenkäten. Kvalitetsgruppen kan utvecklas till att omfatta representanter för boende och närstående, i denna kan resultat från brukarundersökning, synpunkter och förslag på förbättringar diskuteras.

3.2.1 Bedömning

Enhetschefen behöver fortsätta att aktivt arbeta tillsammans med personalen för att utveckla och förankra det förändrade uppdraget och anpassa arbetsättet.

⁶ LCP, Liverpool Care Pathway, som är en vägledning för vård av döende.

Kvalitetsgruppen behöver utvecklas till att omfatta representanter för boende och närstående, i rådet kan resultat från brukarundersökning, synpunkter och förslag på förbättringar diskuteras.

4 Referenser

Vid granskningen har vi tagit del av följande dokument:

Enhetsplan för Kastanjen 2013

Verksamhetsberättelse för Kastanjen 2012

Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, Socialstyrelsen

Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2014

Att få leva tills man dör. Seminarium stiftelsen Äldrecentrum 2013

Bostad i särskilt boende är den enskildes hem. www.socialstyrelsen.se

Goda miljöer och aktiviteter för äldre, HelleWijk

Brukarundersökning

Öppna jämförelser

Schema – bemanning

Sjukfrånvaro

Personalomsättning

Utbildning