

Granskningsrapport

Datum 20151110

Dnr: 2015/KS0425

Björkebo och Nejlikan

Verksamhetsform: Kommunal regi

Chef: Ulrika Johansson

Kvalitetsgranskningen genomfördes: 150513 – 150715

Granskningen genomförd av:



Linda Vikman

Kvalitetscontroller

linda.vikman@tyreso.se



Eva Lindgren

Kvalitetscontroller

eva.lindgren@tyreso.se

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

Tyresö den 2015-11-10



Catrin Ullbrand










Chef kvalitetsenheten

tyresö kommun 

Innehållsförteckning

	Sammanfattning av granskning Björkebo och Nejlikan.....	4
1	Syfte.....	5
2	Metod.....	5
3	Verksamhetens förutsättningar (strukturkvalitet)	6
3.1	Om verksamheten	6
3.2	Lokaler och miljö.....	6
3.2.1	Bedömning av miljön	7
3.3	Ledning.....	7
3.3.1	Bedömning av ledning.....	8
3.4	Personal och bemanning	8
4	Arbetet i verksamheten (Processkvalitet).....	9
4.1	Bemötande, självbestämmande och inflytande	9
4.1.1	Bedömning av bemötande, självständighet och inflytande.....	10
4.2	Social dokumentation.....	10
4.2.1	Bedömning av social dokumentation.....	11
4.3	Kontaktmannaskap.....	11
4.3.1	Bedömning av kontaktmannaskapet	12
4.4	Meningsfull tillvaro.....	12
4.5	Mat och måltider.....	12
4.5.1	Bedömning av mat och måltider.....	13
4.6	Anhörigas och boendes omdöme om verksamheten.....	13
5	Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet).....	14
5.1	Trygg och säker verksamhet.....	14
5.1.1	Bedömning av trygg och säker verksamhet.....	14
5.2	Kvalitetsarbete.....	15
5.2.1	Resultat av brukarundersökning	15
5.2.2	Bedömning av kvalitetsarbete.....	16
6	Referenser.....	17

Sammanfattning av granskning Björkebo och Nejlikan.

-  Personalen på Nejlikan använder sig av skattningar med hjälp av BPSD. (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens).
-  De individuella målen i genomförandeplanerna är tydligt beskrivna, ofta med stöd av BPSD.
-  De boende har inplanerat egen tid med sin kontaktman.
-  Måltidssituationen i boendegruppen med demensinriktning fungerar mycket bra.
-  De boendes möjligheter att påverka hur ofta och när olika insatser ska utföras behöver utvecklas.
-  Värdegrunden behöver förankras i samtliga boendegrupper.
-  Både personal och boende behöver göras mer delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet.
-  Enhetsplan för 2015 saknas.
-  Trygghetslarmen fungerar inte alltid i de gemensamma utrymmena.

Kvalitetsnivåer



Grönt visar goda exempel som med fördel kan spridas till andra enheter.



Gult visar vilka områden verksamheten behöver utveckla.



Rött visar vilka brister verksamheten behöver åtgärda snarast.

1 Syfte

Syftet med granskningarna är att, ur ett medborgarperspektiv, beskriva kvaliteten i socialtjänstens verksamheter. Med medborgare menas här den eller de personer som är direkt berörda av den granskade verksamheten.

Kommunstyrelsen i Tyresö kommun beslutar årligen om granskningsplan för privat och kommunal verksamhet. Granskningarna utförs av kvalitetsenheten, Medborgarfokus.

2 Metod

En genomgång av de dokument som rör verksamheten görs både inför, och löpande under granskningsprocessen. Vilka dokument som granskats framgår under rubriken referenser. Granskningen innefattar intervjuer och samtal med enhetschef, personal, boende och anhöriga. Den sociala dokumentationen kring de boende granskas. Förutom granskning av dokument genomförs även observationer i verksamheten.

Att arbeta med observationer innebär att en kvalitetscontroller vistas på enheten vid ett antal tillfällen och under flera timmar per tillfälle för att få en bild av hur verksamheten fungerar under hela dygnet.

Under observationen iakttas bland annat:

- inflytande
- tillräcklig hjälp
- personalens bemötande och agerande
- trygghet
- måltider
- meningsfull sysselsättning

Under granskningsperioden görs både anmälda och oanmälda verksamhetsbesök.

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

Bedömningen av enhetens 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 och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)**
Granskningen grundar sig på Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete¹.

3 Verksamhetens förutsättningar (strukturkvalitet)

Här beskrivs verksamhetens förutsättningar i form av organisation, ledning, personal, lokaler samt övriga resurser.

3.1 Om verksamheten

Björkebo och Nejlikan ingår i Björkbackens äldrecentrum som är Tyresö kommuns största vård- och omsorgsboende. Björkbackens äldrecentrum omfattar flera olika verksamheter och leds av en avdelningschef. Där finns tillgång till restaurang, bibliotek, hår- och fotvård, vaktmästare samt öppen dagverksamhet.

Björkebo och Nejlikan är enheter inom Björkbackens äldrecentrum. Björkebo är ett samlingsnamn för tre mindre boendegrupper, Vitsippan, Gullvivan och Blåklockan.

Björkebo har plats för 33 boende fördelat på tre våningsplan och på Nejlikan bor 11 personer i tio lägenheter. På en av enheterna bor ett par tillsammans. Björkebo har allmän inriktning och Nejlikan är ett boende för personer med demenssjukdom.

För att få en plats på Björkebo eller Nejlikan krävs ett biståndsbeslut från kommunens biståndshandläggare. Beslutet fattas enligt Socialtjänstlagen (SoL) fjärde kapitlet första paragrafen, den så kallade biståndsparagrafen.² Verksamheten drivs med utgångspunkt från gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt Tyresö kommuns mål och styrdokument.

Vid tidpunkten för granskningen hade enheten avtal med Familjeläkarna, Saltsjöbaden, gällande läkarinsatser. Läkarbesök med rond sker varje vecka.

3.2 Lokaler och miljö

Lokalerna inte helt anpassade efter målgrupper med stora omvårdnadsbehov. På ett av planen är lokalerna för trånga för att det ska vara möjligt att använda

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

² Se <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20010453.htm>

exempelvis lyftar vid förflyttningar. Även badrummen är för små för att hjälpmedel ska kunna användas.

I en av boendegrupperna hade det vid granskningens början nyligen målats om och renoveringsarbetet påbörjades även i övriga boendegrupper innan granskningen avslutades. Samtliga boendegrupper ska under hösten få nya golv och ommålade väggar i gemensamma utrymmen.

Samtliga boendegrupper, utom den som ligger i markplan, har stora inglasade balkonger vilket underlättar utevistelse. Utanför huset finns goda möjligheter till utevistelse både på en innergård, och sittgrupper finns på flera sidor av huset.

I köken finns anslagstavlor där dagens matsedel står uppskriven och även namnen på de personer som arbetar aktuell dag.

I några av boendegrupperna finns skyltar som uppmanar personalen att låsa dörren till köket. Information riktad enbart till personal bör inte finnas synlig i gemensamma utrymmen. I flera av boendegrupperna finns information om de boende uppsatt på utsidan av skåpdörrarna i köket. Informationen angående önskemål om mat, allergier och liknande.

3.2.1 Bedömning av miljön

Det finns goda möjligheter till utevistelse för de boende.

3.3 Ledning

Enhetschefen är socionom och har arbetat i verksamheten sedan 2000. Utöver Björkebo och Nejlikan ansvarar hon även för den öppna träffpunkten Komm-In.

Det är enhetschefen som har det yttersta ansvaret för att planera, leda kontrollera och följa upp insatserna som utförs. Chefen har också ansvar för att utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet inom enheten utifrån principerna i Tyresö kommuns ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Enhetschefen ingår tillsammans med avdelningschef och övriga enhetschefer på Björkbackens äldrecentrum i en ledningsgrupp. De träffas varje vecka och enhetschefen upplever att de har ett stort stöd av varandra. På Björkbackens äldrecentrum finns också en kvalitetsutvecklare, vilket enhetschefen upplever som ett stort stöd. Vid granskningsperiodens början hade samtliga enhetschefer inom Björkbacken handledning med en extern handledare. Den avslutades dock innan granskningsperioden var slut.

Varje morgon försöker enhetschefen besöka samtliga boendegrupper men särskilt prioriteras det på måndagar och fredagar. Hon träffar också nattpersonalen på morgnarna.

Att verksamhetschefen har en tydlig och kontinuerlig dialog med omsorgspersonalen är en förutsättning för att de i sin tur ska kunna ge en god omsorg. Vid samtal med personalen framkom att samtliga upplevde chefen som tillgänglig och närvarande. Personalen berättar att de alltid vet var enhetschefen är när hon inte är på plats och de vet vem de ska vända sig till istället.

3.3.1 Bedömning av ledning

Enhetschefen arbetar strukturerat för att vara tillgänglig för personal och boende.

3.4 Personal och bemanning

Under dagtid på vardagar arbetar tre undersköterskor i varje boendegrupp. På kvällar och helger arbetar två undersköterskor i varje boendegrupp. Nattetid arbetar två personer på Björkebo och en person på Nejlikan. Tid för överrapportering finns mellan samtliga arbetspass.

Vid tidpunkten för granskningen uppgick antalet anställda till totalt 33,39 årsarbetare (åa) (42 personer) på Björkebo och Nejlikan. Det ger cirka 0,78 åa per boende. De yrkesgrupper som är inräknade är sjuksköterskor, undersköterskor (även nattpersonal) och paramedicinsk personal. Nattsjuksköterskor är inte inräknade ovanstående. Nattetid arbetar en sjuksköterska inom hela Björkbackens äldrecentrum. Verksamheten har också tillgång till en sjukgymnast (arbetar 70 %) och en arbetsterapeut (arbetar 100 %) och de tjänstgör enbart på Björkebo och Nejlikan.

Personalomsättningen är låg, en person slutade sin anställning under 2015. Enligt enhetschefen var sjukfrånvaron under perioden 14,35 % fördelat på långtidsfrånvaro 9,9 % och korttidsfrånvaro 4,45 %.

Av de personer som bor på Björkebo och Nejlikan, hade vid granskningstillfället, 12 personer (av 44 boende) behov av hjälp av mer än en person vid exempelvis förflyttningar och personlig omvårdnad.

Personcentrerad omsorg³ kräver att bemanningen är anpassad efter målgruppens faktiska behov av tillsyn och omsorg. Enligt den tillfrågade personalen finns möjlighet till tillfällig förstärkning av personalstyrkan om det behövs.

³ "Begreppet personcentrerad omvårdnad innebär att personen och inte demenssjukdomen sätts i fokus och tar utgångspunkt i den demenssjukes upplevelse av sin verklighet." /www.socialstyrelsen.se/demensriktlinjerna

Av den tillsvidareanställda personalen har samtliga lägst undersköterskeutbildning, motsvarande 900⁴ gymnasiepoäng från omvårdnadsprogrammet.

4 Arbetet i verksamheten (Processkvalitet)

Här bedöms de processer och arbetssätt som används i verksamheten för att uppnå de mål som finns i verksamhetens uppdrag. En bedömning görs också av hur verksamheten arbetar för att tillgodose behoven hos den målgrupp som verksamheten riktar sig till.

4.1 Bemötande, självbestämmande och inflytande

De boende på Björkebo och Nejlikan har ett varierande behov av omsorg. På Vitsippan klarar sig många relativt självständigt medan de boende på Blåklockan och Gullvivan behöver mer omsorg. På Nejlikan bor personer med demenssjukdom som är i behov av anpassat stöd och vägledning för att klara sin vardag.

På Blåklockan finns sedan 2008 möjlighet att ta med sitt husdjur. Vid tidpunkten för granskningen använde ingen av de boende den möjligheten. Det finns dock en huskatt på avdelningen.

De boendes möjligheter att själva bestämma när och hur ofta en viss insats, exempelvis dusch, ska utföras skiljer sig dock åt mellan boendegrupperna. De praktiska göromålen utförs ofta enligt rutiner och scheman för städning, tvätt och dusch finns. Det är i första hand kontaktsmannen som utför sysslorna.

Verksamheten arbetar utifrån den nationella värdegrunden för äldre (SoL 5 kap§4). Samtliga personal deltar i diskussioner rörande värdegrunden bland annat på APT. Ett gemensamt förhållningssätt, baserat på värdeorden, har tagits fram.

Värdegrunden utgår ifrån följande sju områden:

Värdigt liv

1. Rätt till privatliv och kroppslig integritet
2. Möjlighet att upprätthålla sitt självbestämmande
3. Individanpassning och delaktighet i beslut och insatser
4. Insatser av god kvalitet
5. Ett gott bemötande

Välbefinnande

6. En känsla av trygghet
7. Upplevelse av meningsfullhet

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.

Verksamheten omfattas av Tyresö kommuns kvalitetsgarantier som bland annat lovar möjlighet till daglig utevistelse och att vården och omsorgen ska utgå från varje boendes individuella behov och önskemål. De boendes möjlighet till individanpassad omsorg varierade mellan de olika boendegrupperna.

För personer med demensdiagnos görs en kartläggning av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) enligt en särskild skattningsskala. Genom att kartlägga BPSD kan de drabbade personernas symptom lindras genom relativt enkla förändringar i vardagen och utan att läkemedel behöver användas. Exempelvis kan symptomen bero på behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem eller svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön.

4.1.1 Bedömning av bemötande, självständighet och inflytande

Personalen på Nejlikan använder sig av skattningar med hjälp av BPSD. (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens).

De boendes möjligheter att påverka hur ofta och när olika insatser ska utföras behöver utvecklas.

Värdegrunden behöver förankras hos all personal.

4.2 Social dokumentation

Social dokumentation är ett samlingsnamn för genomförandeplaner, journalanteckningar och allt annat som skrivs om individen inom ramen för Socialtjänstlagen. Den sociala dokumentationen är lagstyrd⁵ och syftar till att säkerställa den enskildes trygghet och rättssäkerhet. Dokumentationen är en förutsättning för att beslutade och genomförda insatser ska kunna följas upp.

En genomförandeplan är ett dokument baserat på vad den enskilde och kontaktmannen kommit överens om gällande hur de beviljade insatserna ska utföras. Genomförandeplanen är grunden för de insatser som ska utföras och målsättningen ska utgå från det/de mål som biståndshandläggaren formulerat i uppdraget. I planen ska det framgå när och hur den enskilde vill ha stödet och på vilket sätt det ska genomföras. I uppdraget från biståndshandläggaren står *vad* som ska utföras, men i genomförandeplanen ligger fokus på *hur* de beviljade insatserna ska utföras.

Samtliga boende hade vid granskningstillfället en aktuell genomförandeplan. Genomförandeplanernas kvalitet varierade mellan de olika boendegrupperna och beroende på vilken personal som skrivit planen. I några av planerna fanns detaljerade beskrivningar av den enskildes behov och önskemål vilket ökar

⁵ SOSFS 2014:5(S) Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS

möjligheterna för en individanpassad omsorg medan beskrivning nästan helt saknades i andra. Några av planerna var föredömligt skrivna och där framgick bland annat personliga mål med insatserna och hur och när insatsen ska utföras. I flertalet saknades en beskrivning av hur den enskilde eller företrädare varit med och påverkat innehållet i planen. I flera av de granskade planerna var delmålen beskrivna med stöd av en kartläggning gjord utifrån BPSD⁶.

I några fall saknades information om vem genomförandeplanen tillhörde och i de flesta fall användes förkortningar i planen, vilket inte är att rekommendera enligt Tyresö kommuns skrivregler.

Den löpande dokumentationen var i de flesta fall systematiskt skriven och det gick oftast att följa viktiga händelser, men i några fall saknades löpande anteckningar.

Samtliga boende har en egen pärm där all dokumentation, både enligt socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL), förvaras. Där finns en kopia av uppdraget från biståndshandläggaren för att personalen att på ett enkelt sätt ska kunna ta del av målsättning och övrig information från biståndshandläggaren. I några fall saknades dock uppdraget i pärmen och det förekom också lösa papper i pärmar. Det förekom att dokumentationen enligt de båda lagarna var sammanblandade, vilket inte är tillåtet enligt Socialstyrelsen.

Pärmarna förvaras inlåsta inne på respektive boendegrupp och är markerade med den boendes namn vilket innebär att enheten uppfyller Socialstyrelsens krav på förvaring av dokumentation.

4.2.1 Bedömning av social dokumentation

Kvaliteten i den sociala dokumentationen är ojämn och behöver förbättras.

De individuella målen i genomförandeplanerna är tydligt beskrivna, ofta med stöd av BPSD.

4.3 Kontaktmannaskap

Kontaktmannaskapet fördelas bland den tillsvidareanställda personalen. Samtliga boende har också en vice kontaktman. Kontaktmannen har ansvaret för att skriva och uppdatera genomförandeplanen samt det övergripande ansvaret för den boendes omsorg, kontakt med anhöriga och allt praktiskt runt den boende. Samtliga av den tillfrågade omsorgspersonalen hade kunskap om kontaktmannens uppdrag. Flertalet av de tillfrågade anhöriga hade kännedom om vem som var kontaktman och vad uppdraget går ut på.

⁶ Kartläggning av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD), Svenskt demenscentrum

Varje vecka har kontaktmannen egen tid med den eller de boende de ansvarar för. Vanligen avsätts mellan 30-60 minuter per vecka och boende. Flera av de tillfrågade boende poängterar att de upplever tiden med kontaktmannen som värdefull eftersom de då har möjlighet att göra sådant som inte annars hinns med. Möjlighet att spara ihop tid för att kunna genomföra särskilda aktiviteter och utflykter finns.

4.3.1 Bedömning av kontaktmannaskapet

Enheten har ett fungerande kontaktmannaskap som bidrar till en meningsfull tillvaro.

4.4 Meningsfull tillvaro

Information om vilka aktiviteter som erbjuds under veckan finns uppsatt på en tavla i gemensamma utrymmen i respektive boendegrupp. De boende erbjuds någon form av aktivitet, antingen i huset eller inne i respektive boendegrupp, flera gånger i veckan. Varje måndag har träffpunkten Komm-In dans för boende med demenssjukdom och två gånger i veckan erbjuds rörelseglädje, en form av sittgymnastik. En gång i veckan kommer deltagare från frivilligorganisationer för att ta med boende ut på promenad. Många av de boende på Björkebo använder sig av den möjligheten. Några av de boende tyckte att det var tillräckligt att få möjlighet till promenad med väntjänsten medan någon annan önskar flera promenadtillfällen. Enligt enhetschefen fungerar samarbetet med frivilligorganisationerna bra.

Flera berättar att de har möjlighet till individuella aktiviteter som besök i centrum och utflykter. Någon av de tillfrågade männen efterfrågar en herrklubb eller liknande för att få möjlighet att träffa andra boende inom Björkbacken i liknande situation.

4.5 Mat och måltider

Frukosten börjar serveras klockan 8.00 och de boende blir serverade allt eftersom de kommer upp. De boende blir tillfrågade om vad de ville ha att äta och när det är möjligt får de själva bre sin smörgås eller hälla upp fil. Smör, ost, pålägg, mjölk etc. står på kylplattor utställda på borden så att de boende själva kan ta för sig. I de fall där det inte var möjligt frågade personalen istället vad de ville ha. De personer som vill sova länge får frukosten serverad i sin lägenhet.

Lunchen serveras klockan 12.30 och de flesta boende äter tillsammans i det gemensamma matrummet inne i respektive boendegrupp. Det finns två olika maträtter att välja mellan. På Nejlikan serveras enbart en maträtt eftersom personalen har märkt att det fungerar bättre då eftersom de boende har svårt att välja. Om någon boende inte tycker om maten finns möjlighet att få något annat.

Smör, bröd, sallad och tillbehör finns inte alltid på borden. I samtliga fall ställs dryck fram på borden och i några fall används karottsystem där de boende själva tar sin mat. Under granskningsperioden var det liten eller ingen skillnad mellan vardag och helg.

Middagen serveras klockan 17.00 på samma sätt som lunchen. De boende fick oftast frågan om hur mycket mat de ville ha och vad de önskade dricka. I alla boendegrupper utom två fanns dryck och tillbehör på borden. Direkt efter maten serverades kaffe och personalen arbetade medvetet med att skapa och bibehålla diskussioner vid borden.

Kvällsmålet serveras från 19:30 till de personer som inte gått och lagt sig. Om någon vill serveras kvällsmålet inne i rummet. Många av de boende får även något att äta under natten vilket också framgår av genomförandeplanerna.

Maten beställs från restaurang Utsikten som ligger i Björkbackens lokaler. Flera av de tillfrågade anhöriga och boende hade synpunkter på matens kvalitet som de ofta upplevde som smaklös och tråkig. Ett önskemål var mer traditionell husmanskost. Representanter från personalen har möten tillsammans med matleverantören varje månad och några av de tillfrågade tycker ändå att maten blivit bättre även om det fortfarande finns förbättringspotential.

Enligt enhetschef och personalen försöker de göra skillnad på vardag och helg genom att anpassa dukningen och matsedeln.

Enligt uppgift från enhetschefen använder sig verksamheten av metoden omsorgsmåltider⁷ i samtliga boendegrupper. Vid granskningstillfällena använde personalen sig av denna metod endast i den boendegrupp som vänder sig till personer med demenssjukdom.

4.5.1 Bedömning av mat och måltider

Måltidssituationen i boendegruppen med demensinriktning fungerar mycket bra.

4.6 Anhörigas och boendes omdöme om verksamheten

Under granskningsperioden tillfrågades de flesta av de boende om deras uppfattning om verksamheten. Flertalet av de tillfrågade boende var nöjda eller mycket nöjda med verksamheten. Främst lyftes personalens bemötande som samtliga upplevde som mycket gott. I den mån de hade synpunkter handlade de främst om matens kvalitet och att de önskade fler aktiviteter.

⁷ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-8-8>

Anhörigas synpunkter rörde främst bristfällig städning och eftersatt underhåll av lokalerna samt kvaliteten på maten. Det framkom även synpunkter på de boendes möjligheter till inflytande, framförallt från anhöriga till boende på Blåklockan.

Samtliga tillfrågade anhöriga uppgav att de visste vem de skulle vända sig till med eventuella synpunkter och klagomål och kände till vem som var deras närståendes kontaktman. Totalt tillfrågades cirka 25 % av de boendes anhöriga. Flertalet av de tillfrågade efterfrågade någon form av organiserat anhörigstöd. Vid tidpunkten för granskningen bjöds anhöriga in till regelbundna träffar tillsammans med boende, personal och enhetschef. I kommunen finns också en demenssjuksköterska som ofta fungerar som stöd för anhöriga. Andra former av stöd saknas. Både enhetschef och personal uttrycker också att det finns ett behov av stöd till anhöriga utöver det som ges i verksamheten.

5 Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)

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.

5.1 Trygg och säker verksamhet

Att ha tydliga rutiner och att arbeta systematiskt är viktigt för att säkerställa de boendes trygghet och rättssäkerhet.

All personal blir informerad om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah vid nyanställning och en gång per år. Samtliga intervjuade berättade att de skulle ta upp händelsen med enhetschefen/sjuksköterskan om hur de skulle gå vidare. Den tillfrågade personalen hade goda kunskaper om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah.

De flesta av de boende har någon form av larm inne i lägenheten. De larm som används är, trygghetslarm, rörelselarm eller larmmatta. I några av boendegrupperna fungerar dock inte trygghetslarmen när de boende befinner sig i gemensamma utrymmen som matrum eller sällskapsrum. Under granskningen påbörjades arbete med att åtgärda detta. Andra typer av begränsningsåtgärder som exempelvis brickbord används sparsamt och är alltid ordinerade av paramedicinsk personal.

5.1.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet

Personalen har god kännedom om användning av begränsningsåtgärder och rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah.

Trygghetslarmen fungerar inte alltid i de gemensamma utrymmena.

5.2 Kvalitetsarbete

Som grund för verksamhetens systematiska kvalitetsarbete finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Enhetschefen har ansvar för att utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet inom enheten utifrån Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Tyresö kommuns eget ledningssystem används i verksamheten. Enhetsplan för 2015 saknas.

Det finns ett kvalitetsråd på enheterna som träffas en gång i månaden och består av kvalitetsutvecklare, avdelningschef, enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast samt representant från omsorgspersonalen. Rådet diskuterar avvikelser och andra frågor som rör verksamhetens kvalitet. Inga boende eller anhöriga finns representerade i kvalitetsrådet.

Biståndsenheten har ansvar för uppföljning av den enskildes vistelse på Björkebo och Nejlikan vilket innebär att det är handläggarnas ansvar att se till att målet med vistelsen uppnåtts. Samtliga av den tillfrågade personalen uppgav att samarbetet med biståndsenheten fungerade bra.

5.2.1 Resultat av brukarundersökning

Socialstyrelsen har under 2015 undersökt äldres uppfattning om äldreomsorgen inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende. Enligt Socialstyrelsen har en majoritet av de äldre på boende har inte kunnat svara själva, utan svaren har istället lämnats av anhöriga. Som tabellen nedan visar är de boende mindre nöjda än Tyresö i övrigt med undantag av frågan som rör den upplevda trivseln i gemensamma utrymmen där Björkebo ligger högre än både Tyresö i övrigt och snittet i riket. Resultaten visas endast för Björkebo eftersom det saknas resultat för Nejlikan.

Fråga från Socialstyrelsens brukarundersökning 2015	Riket	Tyresö	Björkebo
Trivs med sitt rum/lägenhet	74	74	80
Tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen	65	59	53
Upplever måltiderna som en trevlig stund	69	69	67
Får bra bemötande från personalen	94	95	100
Är sammantaget nöjd med äldreboendet	82	79	79

5.2.2 Bedömning av kvalitetsarbete

Både boendes och personalens möjligheter att påverka verksamhetsutvecklingen behöver stärkas.

Enhetsplan för 2015 saknas.

6 Referenser

Dokument och information som direkt rör verksamheten:

Enhetsplan 2014

Öppna jämförelser, Socialstyrelsen 2015

Brukarundersökning, Socialstyrelsen 2015

Schema – bemanning

Sjukfrånvaro

Personalomsättning

Personalens utbildningsnivå

Process- och rutinbeskrivningar

Litteratur:

Ledningsystem för systematiskt kvalitetsarbete, socialförvaltningen Tyresö kommun 2013

Bostad i särskilt boende är den enskildes hem, Socialstyrelsen 2011

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen 2010

Riktlinjer för biståndshandläggning enligt socialtjänstlagen inom äldreomsorgen i Tyresö kommun, Fastställda av socialnämnden den 15 december 2010, § 1101

Reviderade den 30 januari 2013, § 1003, Socialnämnden Tyresö kommun

Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende, Svensk standard SS 872500:2015, Swedish Standards

Institute 2015

Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, SOSFS 2014:5, Socialstyrelsen 2014.