

Granskningsrapport

Datum 2015-11-10

Dnr: 2015/KS0476

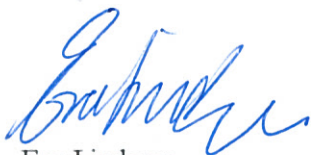
Näckrosen och Solrosen

Verksamhetsform: Kommunal regi

Chef: Berit Eliasson

Kvalitetsgranskningen genomfördes: 150907 – 151013

Granskningen genomförd av:



Eva Lindgren

Kvalitetscontroller

linda.vikman@tyreso.se



Linda Vikman

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

Innehållsförteckning

| | | |
|----------|---|-----------|
| | Sammanfattning av granskning Näckrosen och Solrosen | 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 |
| 3.4.1 | Bedömning av personal och bemanning | 9 |
| 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..... | 11 |
| 4.2.1 | Bedömning av social dokumentation..... | 12 |
| 4.3 | Kontaktmannaskap..... | 12 |
| 4.3.1 | Bedömning av kontaktmannaskapet | 12 |
| 4.4 | Meningsfull tillvaro..... | 12 |
| 4.4.1 | Bedömning av meningsfull tillvaro..... | 13 |
| 4.5 | Mat och måltider..... | 13 |
| 4.5.1 | Bedömning av mat och måltider..... | 14 |
| 4.6 | Anhörigas och boendes omdöme om verksamheten..... | 14 |
| 5 | Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)..... | 15 |
| 5.1 | Trygg och säker verksamhet..... | 15 |
| 5.1.1 | Bedömning av trygg och säker verksamhet..... | 15 |
| 5.2 | Kvalitetsarbete..... | 16 |
| 5.2.1 | Resultat av brukarundersökning | 16 |
| 5.2.2 | Bedömning av kvalitetsarbete..... | 17 |
| 6 | Referenser..... | 18 |

Sammanfattning av granskning Näckrosen och Solrosen

-  Enheten arbetar strukturerat med kartläggning enligt metoden Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD).
-  Lokalerna är trivsamma och anpassade efter målgruppens behov.
-  Personalens förhållningssätt utgår från den nationella värdegrunden och de anpassar sitt bemötande utifrån de boendes olika förutsättningar.
-  Verksamheten behöver arbeta mer strukturerat med omsorgsmåltider.
-  Målformuleringarna i genomförandeplanerna behöver utvecklas för att bli mer anpassade till individen.
-  Enhetsplan för 2015 saknas.
-  Verksamheten behöver säkerställa att alla personal har kunskap om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah.

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.

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

Under granskningsperioden används främst observationer som metod. 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.

Granskningen omfattar förutom observationer även intervjuer och samtal med enhetschef, personal, boende och anhöriga samt en genomgång av de dokument som rör verksamheten. Den sociala dokumentationen som rör de boende granskas också. Förteckning över de dokument som granskats finns under rubriken Referenser.

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 verksamhetens 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

Näckrosen och Solrosen 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.

Näckrosen och Solrosen är gruppboenden för personer med demenssjukdom och ligger på olika våningsplan och består av 10 mindre lägenheter vardera. För att få en plats på någon av gruppboendena krävs ett biståndsbeslut från kommunens biståndshandläggare. Beslutet fattas enligt Socialtjänstlagen (SoL) fjärde kapitlet första paragrafen, den så kallade biståndsparagrafen.² På en av enheterna bor ett par tillsammans genom parboende, vilket innebär att de delar på en lägenhet men bara en av dem har beslut om plats. 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

Båda boendegrupperna har nyligen målats om i färger som är anpassade efter målgruppen. De gemensamma utrymmena ger ett fräscht och trivsamt intryck och allrummet är möblerat med mindre soffgrupper och matbord. I köket finns också flera matbord och möbleringen med möjlighet att äta i två separata rum gör det möjligt för de boende att sitta i mindre grupper vid måltiderna. Att ha den möjligheten är särskilt viktigt när det gäller personer med demenssjukdom.

I anslutning till det gemensamma allrummet finns en stor inglasad balkong där de boende har möjlighet att ta sig ut själva. Utanför huset finns goda

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

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

möjligheter till utevistelse både på en innergård där det finns sittgrupper vilket även finns på flera sidor av huset.

Sjuksköterskeexpeditionen ligger inne på Näckrosen i anslutning till entrén till gruppboendet. Inne på respektive boendegrupp finns ett litet kontor för personalen där de har korta möten mellan de olika arbetspassen. En gång i veckan har de också teammöten där. På kontoret förvaras SoL-dokumentationen och där finns en dator för dokumentation. Dörren till kontoret hålls låst när det är obemannat.

De boendes lägenheter ligger på vardera sidan om det gemensamma allrummet och köket, vilket innebär att korridorerna blir korta och både personal och boende kan lätt överblicka lokalerna.

Inne i respektive boendegrupp finns en anslagstavla där dagens aktiviteter, matsedeln för dagen och namnen på de personer som arbetar under dagen står uppskrivna.

3.2.1 Bedömning av miljön

Lokalerna är trivsamma och anpassade efter målgruppens behov.

De boende har goda möjligheter till utevistelse.

3.3 Ledning

Enhetschefen är utbildad arbetsterapeut och har arbetat som chef i verksamheten sedan 2010. Hon har lång erfarenhet från arbete i likande verksamhet inom både kommun och landsting. Utöver Näckrosen och Solrosen ansvarar hon även för korttidsboendet Viljan som också ingår i Björkbackens äldrecentrum.

Enhetschefen har tillsammans med avdelningschefen och övriga enhetschefer på Björkbackens äldrecentrum en ledningsgrupp. De träffas varje vecka och enhetschefen upplever att de har ett stort stöd av varandra. På Björkbackens äldrecentrum finns också en person som arbetar som kvalitetsutvecklare.

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 besöker de boendegrupper hon ansvarar för så gott som dagligen för att vara så nära och delaktig i verksamheten som möjligt. Hon träffar även nattpersonalen flera gånger i veckan, oftast på morgonen, innan de går av sitt arbetspass.

Att enhetschefen har en bra 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 upplever chefen som tillgänglig, närvarande och rättvis och de känner att de kan vända sig till henne med frågor och synpunkter.

3.3.1 Bedömning av ledning

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

3.4 Personal och bemanning

På dagtid vardagar arbetar tre undersköterskor per boendegrupp och på kvällar och helger arbetar två personer. Natttid arbetar en undersköterska i respektive boendegrupp. Det finns tid för överrapportering mellan samtliga arbetspass. I samband med överrapporteringen har personalen en kortare reflektion tillsammans, en så kallad spegling. Speglingen upplevs av personalen som givande. Enhetschefen är inte närvarande vid speglingen men är med på teammötena som hålls en gång i veckan i respektive boendegrupp.

På teammötena närvarar paramedicinsk personal, sjuksköterska, omsorgspersonal samt enhetschef. På mötena diskuteras en boende per möte i syfte att ordentligt gå igenom den boendes behov och situation för att omsorgen ska fungera på bästa sätt. Enhetschefen frågar kontinuerligt under mötet om det som sägs rörande omsorgen finns dokumenterat i genomförandeplanen.

Bemanningen med två personal dagtid på helgerna upplevs av både personal och anhöriga som för låg. Den innebär att boende kan lämnas utan uppsikt i gemensamma utrymmen när personalen behöver vara två för att hjälpa någon av de boende i dennes bostad och innebär att möjligheterna att ordna aktiviteter är begränsad. Vid granskningstillfällena upplevde inte granskarna att det fanns någon risk för de boendes säkerhet under dessa tillfällen. Inte heller ökades de boendes oro.

Vid tidpunkten för granskningen uppgick antalet anställda till totalt 17,75 årsarbetare (22 personer). Bemanningen uppgår till cirka 0,89 årsarbetare (åa) per boende. De yrkesgrupper som är inräknade är sjuksköterskor, undersköterskor (även nattpersonal) samt paramedicinsk personal. Nattsjuksköterskan är inte inräknade ovanstående. Natttid arbetar en sjuksköterska inom hela Björkbackens äldrecentrum.

Det finns en sjuksköterska som fördelar sin tid mellan de två boendegrupperna. Sjuksköterskan har omvårdnadsansvar för de som bor på Näckrosen och Solrosen och hon är också arbetsledare i omvårdnadsarbetet. Det finns också en

sjukgymnast och en arbetsterapeut som delar sin tjänst mellan gruppboendena och korttidsboendet Viljan. (cirka 25 procent på gruppboendet)

Personalomsättningen är låg, en person gick i pension och slutade sin anställning under 2015. Under samma period var långtidsfrånvaron cirka 3,62 och korttidsfrånvaron cirka 3,14 % totalt under perioden var sjukfrånvaron 6,67 %.

All tillsvidareanställd omvårdnadspersonal har lägst undersköterskeutbildning, motsvarande 900³ gymnasiepoäng från omvårdnadsprogrammet. Flera av den tillsvidareanställda personalen har under de senaste åren tagit del av kompetenshöjande utbildningar.

3.4.1 Bedömning av personal och bemanning

Personalen har avsatt tid för reflektion.

För att möjliggöra en personcentrerad omsorg anpassas arbetssättet utifrån de boendes behov för dagen.

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

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

³ Socialnämnden s riktmarke för anställning inom äldreomsorgen.

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.

För personer med demensdiagnos görs en kartläggning av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)⁴ 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. Enheten arbetar strukturerat med BPSD.

På Näckrosen och Solrosen bor personer med demenssjukdom som är i behov av anpassat stöd och vägledning för att klara sin dag. Personalen anpassar sitt förhållningssätt utifrån de boendes behov och förutsättningar för dagen. De boende har goda möjligheter att själva bestämma när och hur ofta en viss insats, till exempel personlig hygien och dusch ska utföras vilket också går också att utläsa i genomförandeplanen.

De boendes behov prioriteras alltid framför praktiska göromål som exempelvis städning och tvätt. De praktiska sysslorna utförs inte enligt ett givet schema utan när det är lämpligt i förhållande till de boendes behov av omsorg. Personalen anpassade sitt förhållningssätt och bemötande beroende på vilken av de boende de vände sig till. Det är i första hand kontaktsmannen som har kontakt närstående och i möjligaste mån utför sysslor omkring den boende.

Personcentrerad omsorg⁵ kräver att bemanningen är anpassad efter målgruppens faktiska behov av tillsyn och omsorg. Enligt den tillfrågade personalen finns möjlighet till tillfällig förstärkning om det behövs vilket också händer vid något tillfälle under granskningsperioden.

4.1.1 Bedömning av bemötande, självständighet och inflytande

Enheten arbetar strukturerat med kartläggning enligt metoden Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)

De boende har goda möjligheter att påverka när och hur insatserna utförs.

Personalens förhållningssätt utgår från den nationella värdegrunden och de anpassar sitt bemötande utifrån de boendes olika förutsättningar.

⁴ Svenskt demenscentrum

⁵ "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

4.2 Social dokumentation

Social dokumentation är ett samlingsnamn för genomförandeplaner, journalanteckningar och annat som skrivs om individen inom ramen för Socialtjänstlagen. Den sociala dokumentationen är lagstyrd⁶ och syftar till att säkerställa den enskildes trygghet och rättssäkerhet samt att möjliggöra uppföljning av genomförda insatser.

En genomförandeplan är ett dokument baserat på vad den enskilde, anhöriga och kontaktman 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.

Alla boende har en egen pärm där all dokumentation som skrivs av enligt socialtjänstlagen (SoL) förvaras. Kopia av uppdraget från biståndshandläggaren förvaras under SoL fliken vilket ger möjlighet för personalen att på ett enkelt sätt ta del av målsättning och övrig information från biståndshandläggaren. I dokumentationen finns också information om eventuella begränsningsåtgärder samt skattningsskalan enligt BPSD.

Pärmarna med den sociala dokumentationen förvaras inlästa och är markerade med den boendes namn vilket innebär att Socialstyrelsen krav på förvaring av dokumentation är uppfyllda.

Samtliga boende hade vid tiden för granskning en aktuell genomförandeplan och de flesta av planerna höll en hög kvalitet. I några av planerna förkom dock fackuttryck som kan vara svåra att förstå för personer och målformuleringarna behöver utvecklas för att bli mer individanpassade. I några fall saknades målformuleringar helt.

I de flesta av de granskade planerna framgick vem eller vilka som varit med och upprättat planen. De flesta hade tydliga beskrivningar av hur insatserna ska utföras. Matsituationen var i de flesta fall tydligt beskriven och det fanns ofta beskrivningar som underlättar för personalen att ge en individanpassad omsorg. Vilken musik den boende tycker om fanns i flera fall med i genomförandeplanen. Det kan vara viktig information just när det gäller personer med demenssjukdom eftersom musik kan ha en lugnande inverkan.

Den löpande dokumentationen var i de flesta fall bristfällig och det gick oftast inte att följa viktiga händelser. I flera fall saknades uppföljande anteckningar

⁶ SOSFS 2014:5(S) Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS

efter att något inträffat vilket gör att det inte går att utläsa vad som hänt efter exempelvis ett fall eller en sjukdomsperiod.

Alla boende har en egen pärm där all dokumentation som skrivs av omsorgspersonalen, både enligt socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL), förvaras. Kopia av uppdraget från biståndshandläggaren förvaras under SoL fliken vilket ger möjlighet för personalen att på ett enkelt sätt ta del av målsättning och övrig information från biståndshandläggaren. I dokumentationen finns också information om eventuella begränsningsåtgärder samt skattningsskalan enligt BPSD.

4.2.1 Bedömning av social dokumentation

Den löpande dokumentationen behöver förbättras så att det alltid går att följa händelser av vikt.

Målformuleringarna i genomförandeplanerna behöver utvecklas för att bli mer anpassade till individen.

4.3 Kontaktmannaskap

Kontaktmannaskapet fördelas bland den tillsvidareanställda personalen. De 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. De tillfrågade anhöriga hade kännedom om vem som var kontaktman och dennes uppdrag.

4.3.1 Bedömning av kontaktmannaskapet

Enheten har ett fungerande system för kontaktmannaskap.

4.4 Meningsfull tillvaro

Information om vilka aktiviteter som erbjuds under veckan finns uppsatt på anslagstavlan i gemensamma utrymmen. De boende erbjuds någon form av aktivitet, oftast inne i respektive boendegrupp men de deltar också i husets aktiviteter, exempelvis måndagsdansen.

Trots att det finns möjlighet att vara med på många olika aktiviteter inom Björkbackens äldrecentrum behöver verksamheten arbeta mer med aktiviteter inne i respektive boendegrupp. Flera av de boende har gått så långt i sin demenssjukdom att de inte klarar av att delta i stora guppaktiviteter utanför den egna boendegruppen. Den paramedicinska personalen har uppmärksammat att det finns boende som har svårigheter att vara med på exempelvis sittgymnastiken i stor grupp och planerar därför att ha gymnastik enbart för de boende på Näckrosen och Solrosen.

Under helgerna saknas planerade aktiviteter helt. De boende och personalen har dock trevlig samvaro tillsammans i samband med eftermiddagskaffet och i en av boendegrupperna spelar de boende kort med varandra.

Vid flera tillfällen under granskningsperioden förekom aktiviteter där både boende och anhöriga deltog. Exempelvis bjöds anhöriga in till en gemensam lunch där också granskarna närvarade. Det var mycket uppskattat av både boende anhöriga och av personalen.

4.4.1 Bedömning av meningsfull tillvaro

Verksamheten behöver genomföra fler aktiviteter inne i respektive bodendegrupp och även under helger för att tillgodose de boendes behov av social stimulans.

4.5 Mat och måltider

Frukosten börjar serveras klockan 8:00 och de boende blir serverade allt eftersom de kommer upp. En personal har köks- och medicinsansvar vilket innebär att hen är tillgänglig i köket för att stötta och hjälpa de boende som behöver stöd. De boende som har förmåga att servera sig själv får smör bröd dryck fil och flingor framställt på bordet. De som behöver stöd tillfrågas om vad de önskar till frukost på ett respektfullt sätt, frågan ställs på sådant sätt att de boende kan svara.

Lunchen serveras klockan 12:00 och middag vid 16:30, de flesta boende äter tillsammans antingen i det gemensamma köket eller i allrummet. Till lunch finns det två rätter att välja mellan, till middagen serveras en rätt, men det finns alltid möjlighet till annat alternativ. Personalen försöker att anpassa menyn och valet av maträtter utifrån vad de boende tycker om.

Om någon av de boende inte tycker om den mat som serveras finns möjlighet att få något annat vilket också hände vid flera tillfällen under granskningsperioden. Maten levereras varm från restaurangen på Björkbackens äldrecentrum.

Personalen serverar de boende och frågar vad de önskar och hur mycket de önskar. Borden dukas olika, som en anpassning till de boendes förmåga. Maten är upplagd i karotter på en vagn och personalen lägger upp på tallrikar till de boende.

Några av de boende och närstående tycker inte att maten håller en tillräckligt hög kvalitet och inte är anpassad till äldre personers matvanor. Synpunkterna har förts fram till matrådet på Björkbacken men det har enligt boende och personal endast blivit marginellt bättre.

Middagen serveras klockan 16:30 i den ena boendegruppen och klockan 17:00 i den andra. De boende fick oftast frågan om hur mycket mat de ville ha eller vad de önskade dricka. Bröd, smör, sallad och olika drycker stod på borden. I en av boendegrupperna hjälpte en av de boende till att duka. Ett fåtal av de boende valde att äta inne på sina rum.

Vid måltiderna satt några av de boende i köket medan andra satt vid matbord i allrummet. Möbleringen bidrar till att skapa en lugn stämning eftersom det inte blir så många personer i rummet samtidigt. Vid samtliga måltider under dagen, var det tyst och lugnt. Enligt den intervjuade personalen och enhetschefen används omsorgsmåltider⁷ i båda boendegrupperna. Vid en omsorgsmåltid sitter personalen och äter tillsammans med de boende i syfte att fungera som förebilder. Under granskningsperioden framkom skillnader mellan de två boendegrupperna rörande hur de arbetar med omsorgsmåltider. I en av boendegrupperna satt personalen ofta med och åt tillsammans med de boende. Det var vanligare att personalen åt tillsammans med boende under lunchen än under middagen.

Kvällsmålet serveras vid cirka 18:30 till de personer som inte gått och lagt sig. Om någon vill, serveras kvällsmålet inne i rummet. Nattfastan mäts regelbundet på uppdrag av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS).

Den sociala stimulansen kan ökas genom att personalen mer aktivt bidrar till att skapa och upprätthålla samtal under måltiderna.

4.5.1 Bedömning av mat och måltider

Verksamheten behöver arbeta mer strukturerat med omsorgsmåltider.

4.6 Anhörigas och boendes omdöme om verksamheten

Samtliga boende på Näckrosen och Solrosen har en demensdiagnos vilket innebär att de kan ha svårigheter att uttrycka sina önskemål och behov verbalt. Granskarna har talat med boende och observerat deras vardag vilket ger en bild av hur de boende uppfattar omsorgen. De boende blir väl bemötta av personalen vilket kännetecknas av att personalen har förmåga att lindra de boendes oro och att de arbetar individanpassat. Flertalet av de tillfrågade boende uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med verksamheten vilket också märktes under granskningsstillfällena.

Samtliga tillfrågade anhöriga var mycket nöjda med personalens bemötande och med omsorgen om deras närstående. Flertalet uttrycker dock en oro över bemanningen på helger, då verksamheten bemannas med två personal dag och kvällstid. Flera av personalen menar också att det är på helger som anhöriga oftast kommer på besök och att de behöver avsätta tid för att prata med dem.

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

Personalen upplever att det är viktigt för de boende att personalen också har god kontakt med anhöriga.

De tillfrågade anhöriga visste vem de skulle vända sig till med eventuella synpunkter och klagomål, men de uppgav att de hade bra kontakt med personalen vilket var tillräckligt.

Vid granskningstillfället ordnades det en gemensam lunch med anhöriga och närstående. Lunchen var välbesökt och uppskattades av de anhöriga.

Samtliga anhöriga som granskarna träffade vid något av granskningstillfällena tillfrågades och några intervjuer gjordes också över telefon. Totalt intervjuades cirka 10 personer, vilket motsvarar 50 procent.

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

Uppdaterade rutiner inom verksamhetens relevanta områden finns och personalen har kännedom om dem och de tillämpas i verksamheten.

All personal blir informerad om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah vid nyanställning och en gång per år enligt enhetens rutiner. Samtliga intervjuade berättade att de skulle ta upp händelsen med verksamhetschefen/sjuksköterskan om hur de skulle gå vidare. Den tillfrågade personalen hade varierande kunskaper om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah. I de fall kunskapen brast handlade det om *vad* som ska rapporteras, inte *hur* och till vem rapporteringen ska ske.

Samtliga boende har någon form av larm inne i rummet. De larm som används är trygghetslarm, rörelselarm eller larmmatta. Andra typer av begränsningsåtgärder som exempelvis brickbord används sparsamt och är alltid ordinerade av paramedicinsk personal. Den tillfrågade personalen hade kännedom om hur begränsningsåtgärder får användas och det fanns dokumenterat i den sociala dokumentationen.

5.1.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet

Verksamheten behöver säkerställa att alla personal har kunskap om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah.

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 Björkbackens äldrecentrum som träffas en gång i månaden och består av avdelningschef, kvalitetsutvecklare, enhetschefer, sjuksköterskor och representanter från omsorgspersonalen. De avvikelser och händelser som diskuteras i kvalitetsrådet tas sedan upp på APT.

Det också ett matråd med representanter från samtliga boendegrupper inom Björkbackens äldrecentrum samt enhetschefer och representanter från restaurang Utsikten. Inga boende eller anhöriga finns representerade i råden.

Enheten arbetar systematiskt med att förbättra bland annat genom resultaten från Socialstyrelsens brukarundersökning. Biståndsenheten har ansvar för uppföljning av den enskildes vistelse på Näckrosen och Solrosen vilket innebär att det är handläggarnas ansvar att se till att målet med vistelsen uppnåtts. Enligt enhetschefen har de vid granskningstillfället inget pågående samarbete.

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 på Näckrosen och Solrosen mer nöjda än Tyresö och riket i övrigt. Resultat finns enbart för två av frågorna eftersom svarsfrekvensen på övriga var för låg för att något resultat ska kunna tas fram.

| Fråga från Socialstyrelsens brukarundersökning 2015 | Riket | Tyresö | Näckrosen & Solrosen |
|---|-------|--------|----------------------|
| Trivs med sitt rum/lägenhet | 74 | 74 | 86 |
| Tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen | 65 | 59 | 67 |
| Upplever måltiderna som en trevlig stund | 69 | 69 | 50 |
| Får bra bemötande från personalen | 94 | 95 | 100 |
| Är sammantaget nöjd med äldreboendet | 82 | 79 | 100 |

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:

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, socialförvaltningen Tyresö kommun 2013

Bostad i särskilt boende är den enskildes bostad, 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.