



Handläggare
Erik Vallström
Utvecklingsavdelningen
Omsorg och välfärdssektorn

Diarienummer
15VON/127

Avtal- och kvalitetsuppföljning Gustavsgården 2015

Omsorgs- och välfärdssektorn,
Utvecklingsavdelningen
Äldreenheten

Åsa Ahlsved, Kostcontroller
Erik Vallström, Äldreomsorgscontroller
Carina Widmark, Chef äldreenheten

Innehållsförteckning

FÖRKLARING AV VISSA BEGREPP OCH FÖRKORTNINGAR.....	3
SAMMANFATTNING.....	4
SYFTE OCH BAKGRUND	4
FAKTA OM VERKSAMHETEN.....	5
BESKRIVNING AV VERKSAMHETEN	5
LOKALER OCH INVENTARIER	6
METOD FÖR UPPFÖLJNINGEN	6
ÖVERGRIPANDE FÖR HELA VERKSAMHETEN	7
LEDNINGSSYSTEM	7
SYNPUNKT OCH KLAGOMÅLSHANTERING	8
AVVIKELSER OCH MISSFÖRHÅLLANDEN (LEX SARAH).....	8
SOCIAL DOKUMENTATION	9
KOST OCH MÅLTIDER	12
FORUM FÖR INFLYTANDE	12
SPECIALKOST OCH RUTINER	12
MATSEDEL.....	12
D-HUSET - AVDELNINGAR INRIKTADE MOT DEMENSSJUKDOMAR	14
STYRNING FRÅN LEDNING OCH SAMVERKAN	14
PSYKOSOCIAL MILJÖ OCH KOMPETENS	14
PERSONCENTRERAD VÅRD OCH OMSORG	15
MENINGSFULL TILLVARO OCH INDIVIDUELLA MENINGSFULLA/FYSISKA AKTIVITETER ..	16
TEAMBASERAT ARBETE.....	16
MÅLTIDSSITUATION	17
PEDAGOGISK MÅLTID	17
KONTAKTPERSON OCH PERSONALKONTINUITET	18
PERSONALBEMANNING.....	18
RÖRELSEFRIHET	19
BRUKARUNDERSÖKNING.....	19
TIDPLAN FÖR UTVECKLINGSARBETET.....	20

Förklaring av vissa begrepp och förkortningar

Allmän handling	Handling som upprättas hos eller inkommit in till en myndighet och som förvaras hos myndigheten.
Myndighetsutövning	En myndighets befogenhet att för enskild ensidigt bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinpåföljd, avskedande eller annat jämförbart förhållande.
Nämnd	Den eller de nämnder som <ul style="list-style-type: none">– enligt 2 kap. 4 § SoL fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten (socialnämnden)– enligt 22 § LSS utövar ledningen av landstingets eller kommunens verksamhet enligt den lagen– avses i 3 kap. 3 a § kommunallagen– avses i lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet
Personakt	Akt som innehåller handlingar om en person som är eller har varit aktuell för utredning eller insats inom socialtjänsten. <i>Kommentar:</i> Personakten kan vara elektronisk eller fysisk eller både och. Den kan innehålla handlingar som har kommit in till eller upprättats inom socialtjänsten.
Utredning	All den verksamhet som syftar till att göra det möjligt för nämnden att fatta ett beslut i ett ärende hos nämnden.
Dokumentera	Att skriva, fotografera eller spela in på band.
Genomförande	Verkställighet av en beslutad insats.
Genomförandeplan	Plan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras.
Handling	Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel. <i>Kommentar:</i> En journalanteckning är att anse som en handling.
Insats	Individuellt behovsprövat stöd eller individuellt behovsprövat vård och behandling enligt SoL.
Journal	Den del av en personakt där anteckningar av betydelse för handläggning av ärenden och genomförande av insatser görs kontinuerligt och i kronologisk ordning. <i>Kommentar:</i> Journalen ska inte förväxlas med den patientjournal som ska föras enligt patientdatalagen.
SoL	Socialtjänstlagen
HSL	Hälsa- och sjukvårdslagen
Entreprenör	Privat vårdgivare som upphandlats av kommunen för drift av särskild boendeform
Utföraren	Benämning på den som ansvarar för driften oavsett om den drivs



Personcentrerad vård- och omsorg	<p>på entreprenad eller av kommunens egenregiverksamhet.</p> <p>Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att arbetet utgår ifrån den enskildes behov och önskemål. Detta innebär att den enskilde behöver göras delaktig i vård- och omsorgens alla delar och den enskildes uppfattningar aktivt efterfrågas.</p>
Måltidssituation	<p>Är måltidsmiljön och interaktion med andra vid intag av mat. Det finns många aspekter att ta hänsyn till för en bra måltidssituation: vem vill du sitta tillsammans med vid matbordet, lugn måltidsmiljö, personalens medverkan, sittställning, ätredskap, möjlighet att äta själv, nutritionsstatus, sväljningssvårigheter mm.</p>

Sammanfattning

Avtal- och kvalitetsuppföljning har våren 2015 genomförts på det särskilda boendet för äldre Gustavsgården. I uppföljningen riktades ett särskilt fokus på de avdelningar som är inriktade mot demens, D-huset. Metod för uppföljningen var intervjuer, observationer kontroll av personakter samt genomgång av ledningssystem och personalscheman.

Generella områden som verksamheten behöver förbättra sig inom är:

- Upprättande och utveckling av ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete.
- Att den sociala dokumentationen följer aktuellt regelverk.
- Utveckling av en personcentrerad omsorg.

Utföraren svarar för att inkomma med en handlingsplan utifrån de åtgärds punkter som framförts i denna rapport.

Syfte och bakgrund

Det övergripande syftet med att genomföra kvalitetsuppföljningar är att säkerställa att de insatser som ges på Värmdö kommuns särskilda boenden är av god kvalitet. Enskilda som beviljats plats på särskilt boende ska få sina behov och önskemål tillgodosedda och göras delaktiga i den omsorg de erhåller.

Uppföljningar ska användas för att utveckla och höja kvaliteten i kommunens äldreomsorg. Resultatet på uppföljningarna kan också publiceras för kunna användas som underlag för önskemål när särskild boende beviljats.

Kvalitetsuppföljningen är samtidigt en uppföljning av att utföraren följer kraven i gällande regelverk samt i avtalet/överenskommelsen mellan utvecklingsavdelningen och avdelningen för vård och omsorg

Årets uppföljning av Gustavsgården har delvis gjorts på hela boendet men främst fokuserat på D-huset som är den del av verksamheten som har avdelningar inriktade mot

demenssjukdom. I denna rapport redovisas först de övergripande resultaten för hela verksamheten. En specifik del för uppföljningen på D-huset kommer sedan beskrivas. Uppföljningen har genomförts tillsammans med Värmdö kommuns Medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) som parallellt skrivit en rapport utifrån regelverket inom hälso- och sjukvård.

Fakta om verksamheten

Namn	Gustavsgården
Adress	Trallbanevägen 3-5, 134 43 Gustavsberg
Verksamhet	Särskild boendeform enligt 5 kap. 5 § SoL
Driftsform	Kommunens egenregiverksamhet
Verksamhetschef	Eva Jacobsson
Målgrupp och antal	Gustavsgården har totalt 101 lägenheter uppdelade på tre hus. B-huset har 24 lägenheter fördelat på fyra våningsplan. C-huset har 41 lägenheter också fördelat på fyra våningsplan. D-huset har 36 lägenheter uppdelat på tre våningsplan. Avdelningarna på D-huset har demensinriktning och övriga hur hus somatisk inriktning.

Beskrivning av verksamheten

Gustavsgårdens särskilda boende erbjuder service, omsorg och vård dygnet runt. På varje våningsplan finns gemensamhetsutrymmen med möjlighet till social gemenskap. Verksamheten har en intern dagverksamhet som finns på första planet i D-huset. Dagverksamheten anordnar bland annat korsordsgrupper, trädgårdsgrupper och dans. På Gustavsgården finns också föreningen Guldkanten. De använder sig främst av lokaler i det äldsta huset, A-huset, samt av samlingsalen och restaurangen. Syftet med Guldkantens verksamhet är att ”genom hälsoinriktade, kulturella och sociala aktiviteter, skapa möjlighet till sysselsättning och gemenskap. Verksamheten är öppen för boende på Gustavsgården och för övriga äldre personer i samhället.” Guldkanten erbjuder framförallt aktiviteter på vardagarna till exempel underhållning och bingo. Här sker också gudstjänster samt arrangemang och firande av högtider.

På Gustavsgården finns även restaurang som är öppen för allmänheten på dagtid. Restaurangen tillagar lunch och middag till de boende. Restaurangen drivs av kommunen och hör till samma organisation som skolköken. Inför de större helgerna samarbetar Gustavsgården med köket och Guldkanten för att uppmärksamma de olika helgdagarna.

Gustavsgården medverkar i den kommunala utförarens med övergripande värdegrundsarbete. Arbete förväntas resultera i en ny värdegrund och handlar om det goda mötet. Värdegrundsarbetet påbörjades under 2014 och pågår under år 2015. Verksamheten har under året som varit också arbetat med att upprätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Även detta arbete sker hos hela den kommunala utföraren med målsättningen att få gemensamt ledningssystem i de delar som det är möjligt. Under 2015 har arbetet utvidgats och gäller nu hela omsorgs- och välfärdssektorn. Under år 2014 deltog Gustavsgården i kommunens ”Lust och glädje”-tävling som detta år hade temat matglädje. Gustavsgården och avdelning D3 och D2 vann 1:a respektive 3:e pris. Första priset bestod av 50 000 kr och tredje priset var 25 000 kr, pengarna ska användas för ”med hänsyn till målgruppen utveckla måltidssituationen”.

Lokaler

Gustavsgårdens A-hus från 1910, som var ett ålderdomshem från början används i dag för Guldkantens verksamhet och för personalutrymmen. Gustavsgården har byggts till genom åren. B-huset byggdes 1965 och moderniserades i början av 90-talet till dubletter med balkong och större badrum. C-huset stod färdigt 1981 och D-huset 1998.

Metod för uppföljningen

Besök i verksamheten har gjorts av Åsa Ahlsved, kostcontroller, Ann-Christin Nordström, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Erik Vallström äldreomsorgscontroller. Besök i verksamheten har skett mellan 23 mars till 13 april, 2015. Uppföljningen har bestått av:

- Dialog med enhetens ledningsgrupp bestående av verksamhetschef Eva Jacobsson samt gruppchefer Helena Sassi och Sirpa Tampio-Wallebom
- Tre gruppintervjuer med omsorgspersonal dag från D-huset
- En gruppintervju med omsorgspersonal natt från D-huset
- Tre gruppintervjuer med sjuksköterskor. Grupperna utgick ifrån vilket hus de arbetar på.
- En gruppintervju med rehabiliteringspersonal.
- Observation på D-huset. Observationer skedde på alla tre avdelningar vid tre tillfällen; vid middag och kväll, vid skiftet kväll/natt samt sen natt/morgon.
- Observationen natt/morgon på hela verksamheten.
- Granskning av utförarens ledningssystem
- Granskning av dokumentation utifrån socialtjänstlagen för totalt 36 boende över hela verksamheten.

Övergripande för hela verksamheten

Ledningssystem

Verksamheter som bedriver socialtjänst ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska innehålla de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvalitén i verksamhetens samtliga delar. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten kunna planera, leda, kontrollera, följa, utvärdera och förbättra verksamheten.

Styrdokument

- Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap 3 § tredje stycket.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. (2011) *Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete*. SOSFS 2011:9
- Internt avtal/överenskommelse: Drift av Gustavsgården¹ punkt 1.35

Beskrivning

På Gustavsgården saknas ett ledningssystem utifrån kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ”Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete”, SOSFS 2011:9. I verksamheten finns ett antal rutiner upprättade för socialtjänstområdet och en del är under arbete, det saknas också rutiner för delar av verksamheten. Den övergripande strukturen med processer och aktiviteter som rutinerna behöver kopplas till är inte färdiga.

Inom den kommunala utförarorganisationen pågår ett arbete med att upprätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheterna. En strävan finns att ledningssystemet i så hög grad som möjligt ska vara gemensamt och likadant för alla verksamheter inom vård och omsorgsavdelningen. Detta har medfört att upprättande av ledningssystemet utifrån socialtjänstverksamheten på Gustavsgården fått vänta/stå tillbaka för att kunna göra ett gemensamt arbete med det andra särskilda boendet (Djuröhemmet) inom avdelningen.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver upprätta ett fullständigt ledningssystem utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ”Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete”, SOSFS 2011:9. Viktiga områden som ska inkluderas i ledningssystemet är:
 - Kartläggning av processer, aktiviteter och rutiner, där samverkan och ansvarsfördelningen för olika yrkeskategorier framgår
 - Dokumentation av systematiska kvalitetsarbetet
 - Hur personalen deltar i arbetet med att förbättra kvaliteten.

¹ Efter tiden för uppföljningen har en ny överenskommelse tecknats med verksamheten. Detta styrdokument hänvisar till det avtal/överenskommelse som var aktuellt tiden för uppföljningen.

- Hur riskanalyser och egenkontroller ska ske i verksamheten.
- hur klagomål- och synpunktshantering samt avvikelshantering ska ske.
- Utföraren behöver påbörja kartläggningen av processer för socialtjänstområdet och påbörja upprättandet av relevanta rutiner för området.

Synpunkt och klagomålshantering

För synliggöra områden där verksamheten eventuellt brister i kvalitet behöver klagomål och synpunkter tas emot. Inkomna klagomål och synpunkter behöver utredas och åtgärdas var för sig men också sammanställas och analyseras på en övergripande nivå för att tydliggöra mönster och områden där verksamheten eventuellt brister i kvalitet och behöver utveckla.

Styrdokument

- Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap 3 § tredje stycket.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. (2011) *Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete*. SOSFS 2011:9
- Internt avtal/överenskommelse: Drift av Gustavsgården punkt 1.35

Beskrivning

Utföraren använder idag det kommungemensamma systemet DF-respons för att hantera sina klagomål och synpunkter. I detta system lämnas synpunkter på verksamheten genom Värmdö kommuns hemsida. Verksamheten kunde vid uppföljningen inte uppvisa en sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål. Vid kontroll i synpunktssystemet har mellan 1 januari 2015 fram till och med 1:a juni 2015 ett klagomål lämnats på verksamheten. Vid intervjuer i uppföljningen har framkommit att klagomål har framförts av anhöriga men att dessa inte har blivit dokumenterade, utredda eller återkopplade.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver arbeta för att få in synpunkter och klagomål för att i ett tidigt skede upptäcka eventuella kvalitetsbrister.
- Utföraren behöver på verksamhetsnivå sammanställa och analysera inkomna klagomål och synpunkter.
- Upprätta rutiner för klagomålshantering.

Avvikelser och missförhållanden (lex Sarah)

Styrdokument

- Socialtjänstlagen (2001:453) 14 kap
- Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap 3 §
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. (2011) *Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete*. SOSFS 2011:9
- Internt avtal/överenskommelse: Drift av Gustavsgården punkt 1.18 och 1.35

Beskrivning

Verksamheten använder det elektroniska systemet DF-respons för hantering av avvikelser. I detta system rapporteras även missförhållanden. Fastställda rutiner för avvikelshantering och hantering av missförhållanden (lex Sarah) finns inte idag. Verksamheter har dock rutiner under arbete. Centralt inom kommunen pågår arbete med att ta fram sektorsövergripande riktlinjer för Lex Sarah.

Under perioden 1 januari till 1 juni 2015 har 9 stycken avvikelser utifrån socialtjänstlagen registrerats. En avvikelse är en händelse av mindre allvarlig karaktär t.ex. att en boende inte kunnat medverka i en planerad aktivitet på grund av personalbrist på avdelning.

Verksamheten har mellan 1 januari fram till 29 april 2015 upprättat 11 stycken rapporter om missförhållande. Två av dessa avslutades på grund av att det rörde sig om händelser inom hälso- och sjukvården. Händelserna har annars berört bemötande/brist i omsorgen, våld mellan boende och brister i rättssäkerhet/rörelsefrihet. Tre av rapporterna ledde till anmälningar till inspektionen för vård och omsorg.

En verksamhets arbete med lex Sarah rapporter och utredningar är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Det höga antalet upprättade rapporter om missförhållanden hos Gustavsgården bör också betraktas utifrån att utvecklingsområden har identifierats och kunnat åtgärdas.

Åtgärds punkter

- Upprätta lokala rutiner för avvikelshantering.
- Upprätta lokala rutiner för verksamhetens hantering av missförhållanden.

Social dokumentation

Styrdokument

- Socialtjänstlagen (2001:453) 11 kap 5§; 6 §; 7 §
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. SOSFS 2014:5.
- Värmdö kommuns riktlinjer för social dokumentation i äldreomsorgen.
- Internt avtal/överenskommelse: Drift av Gustavsgården avtalspunkt 1.14 och 1.16

Beskrivning

Granskning har skett av dokumentationen för fyra boende på C- och D-huset. I B-huset har dokumentation granskats för två boende per avdelning. Totalt granskades dokumentationen för 36 stycken boende. Granskningen har skett av genomförandeplan och social journal och genomförts i utförarens journalsystem Viva.

I förhållande till föregående års kontroll av verksamhetens sociala dokumentation har

verksamheten förbättrat dokumentationen gällande aktualiteten på genomförandeplanerna. Av 36 granskade planer var 31 aktuella (d.v.s., upprättade eller uppföljda inom sex månader.). Genomförandeplanerna innehåller generellt beskrivningar om hur hjälpen ska utföras. De innehåller också beskrivningar kring hur den enskilde ska bemötas och om det finns kommunikationsaspekter att ta hänsyn till.

Genomförandeplan

I planerna framgår oftast att den enskilde varit delaktig i planeringen (28 av 36), dock framkommer inte hur den enskildes önskemål och synpunkter har tagits tillvara. Det framkommer inte heller om närstående har delaktiga vid upprättande av planen. Det framgår i genomförandeplanerna när de ska följas upp men inte hur. När insatserna ska genomföras framkommer genom dygnsbeskrivning dag/lunch/kväll. Det framkommer inte vem som ansvarar för att olika aktiviteter ska genomföras. Mål för respektive aktivitet finns i vissa av de granskade genomförandeplanerna. Övergripande mål från beställande avdelning (biståndsavdelningen) framgår inte av genomförandeplanen.

De delmål som finns är ofta generellt skrivna. Endast i en boendedokumentation framkommer att uppföljning av genomförandeplanen har skett. Det framgår inte vad som har uppnåtts i förhållande till uppsatta mål. Gällande aktiviteter hänvisas till Gustavsgården gemensamma aktiviteter och individuella aktiviteter framkommer sällan. I de journaler där individuella aktiviteter beskrivs handlar det oftast om promenader. Individuella intressen finns dokumenterade i 22 av de granskade planerna som dock kan bli mer utförligt. I vissa genomförandeplanerna beskrivs omvårdnadsåtgärder vilket är en åtgärd som ordinerar av sjuksköterska och ska därmed dokumenteras enligt HSL.

Fortlöpande social journal

De journalanteckningar som förts uppfyller kraven i förhållande till gällande föreskrifter. Generellt beskriver de journalanteckningar som förs när enskilde tackat nej till hjälp, aktiviteter som genomförs och besök från närstående och vänner. De beskriver också fysiska aspekter till exempel om den enskilde sovit dåligt eller ätit bra. Journalanteckningarna bör utvecklas mot att tydligare beskriva hur den enskilde uppfattar insatsen i förhållande till sina behov och mål.

Utföraren behöver vara uppmärksam på vad som ytterligare ska journalföras. Till exempel ska möten som hållits kring eller om den enskilde dokumenteras i journalen utifrån vilka personer som deltog, vad som berördes och vad mötet resulterat i. Ingen sådana anteckningar har framkommit vid granskningen. Verksamheten bör allmänt i högre grad föra journalanteckningar. I vissa granskade journaler fanns endast ett fåtal anteckningar.

Åtgärds punkter

Generellt behöver utföraren följa SOSFS 2014:5 och vara uppmärksam på vad som ska antecknas i den fortlöpande journalföringen och vad genomförandeplanen ska innehålla. Nedan följer vissa konkreta punkter som behöver utvecklas.

Genomförandeplan

- Det ska framgå hur genomförandeplanen ska följas upp, både i helhet och delar.
- Om den enskilde deltagit i planeringen och vilken hänsyn som tagits till hans eller hennes önskemål och synpunkter ska framgå i genomförandeplanen.
- Vem som ansvarar för respektive insats ska framgå i genomförandeplanen.
- Individuella intressen ska framgå i genomförandeplanen.

Social journal

- Journalanteckningarna ska föras fortlöpande.

Övrigt

- Dokumentation enligt HSL får inte föras i SoL dokumentationen
- Vad som har uppnåtts i förhållande till uppsatta mål ska framgå i dokumentationen. Detta gäller både övergripande mål och delmål.

KOST OCH MÅLTIDER

På Gustavsgården finns ett fullt utrustat kök där all mat tillagas. Köket är organiserat inom kostverksamheten där Camilla Alvesborg är verksamhetschef.

Forum för inflytande

Styrdokument

- Internt avtal/överenskommelse: Drift av Gustavsgården punkt 1.22

Beskrivning

Köket, kostombuden och en gruppleddare träffas med en regelbundenhet då behov finns vilket blir ca 2 ggr/termin. Det finns ett kostombud för respektive avdelning förutom på B-huset. Samarbetet mellan köket och avdelningarna upplevs som mycket bra. De boende och anhöriga har möjlighet att ta upp frågor om kost och måltider på verksamhetens anhörigmöten.

Specialkost och rutiner

Styrdokument

- Internt avtal/överenskommelse: Drift av Gustavsgården punkt 1.22
- MAS riktlinje för arbetet med nutrition.

Beskrivning

Det finns flera alternativa rätter att välja mellan till lunchen men en av dessa kommer upp till avdelningen. Om boende tackar nej till måltid erbjuds ibland annan fullvärdig kost eller enklare mat som t ex smörgås, sallad, soppa. Om boende är undernärdd/risk för undernäring eller behov av specialkost, är det sjuksköterskan som ordinerar detta. Det finns möjlighet att beställa olika konsistenser från köket. Lunch och middag är näringsvärdesberäknade men inte mellanmålen vilket gör det svårt att fullfölja en ordinerad E-kost vid undernäring.

Åtgärds punkter

- E-kost som ordinerats måste vara näringsvärdesberäknad

Matsedel

Styrdokument

- Internt avtal/överenskommelse: Drift av Gustavsgården punkt 1.22

Beskrivning

I restaurangen serveras två till tre olika maträtter till lunch och en maträtt till middag. I

matsedelsplaneringen tar man hänsyn till årstider och helgdagar. Återkoppling och önskemål om maten får köket genom ”tur och returbooken” som hänger på matvagnen. Där kan avdelningspersonalen skriva ned anteckningar och synpunkter på maten. Komponenter till huvudmålen bereds i köket. Mellanmål och nattmål bereds på avdelningen och i köket beroende på vad som serveras.

D-huset - Avdelningar inriktade mot demenssjukdomar

Styrning från ledning och samverkan

Styrdokument

- Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap 3 §
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna (SOSFS 2011:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Intern avtal/överenskommelse: Drift av Gustavsgården punkt 1.35

Beskrivning

Under personalintervjuerna har framkommit behov av en ökad styrning från ledningen i verksamheten gällande hur arbetet ska organiseras och utföras. I intervjuerna har också framkommit behovet av en ökad dialog mellan ledning och personal, framförallt gällande återkoppling från ledningen. Återkopplingen kan gälla förslag och synpunkter som framförts till ledningen, likväl vilka mål som ställs från ledningen och vad som händer när dessa inte nås. I intervjuerna har också framkommit att olika personalkategorier har olika uppfattningar gällande vad deras uppdrag innebär.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver säkerställa att det finns en tydlighet i vad som ska genomföras, hur det ska genomföras och hur man säkerställer kvalitet i denna process. Det behöver tydliggöras vilket ansvar olika yrkeskategorier har och hur personal deltar i det kvalitetsförbättrande arbetet. (Kvalitetsledningssystem för systematiskt förbättringsarbete)

Psykosocial miljö och kompetens

Styrdokument

- Socialstyrelsen (2010) Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning. Artikelnummer 2010-5-1 Åtgärds punkt 97 och 100
- Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap 3 §
- Socialstyrelsens allmänna råd. SOSFS 2011:12. *Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.*
- Internt avtal/överenskommelse: Drift av Gustavsgården punkt 1.38 och 1.39

Beskrivning

Utifrån intervjuerna har det framkommit att vissa medarbetare inte mår bra och är stressade och upplever arbetet som tungt. Det har också konstaterats att många är sjukskrivna.

I intervjuer har återberättats att irritation och frustration över personalens arbetsituation

har spillt över på de boende på avdelningen. Det beskrivs vidare att de inte hinner med sitt arbete. Uteblivna insatser t ex. i form av individuella meningsfulla aktiviteter likväl som arbete för att lugna oroliga boende beskrivs förklaras av tidsbrist. Andra konsekvenser som påvisats under intervjuerna är att övergripande kompetensutveckling har fått stå tillbaka för personalvårdande insatser. Detsamma gäller arbete direkt relaterat till de boende som har fått stå tillbaka för arbete relaterat till personalgruppen.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver säkerställa att personalens upplevelse av stress och ohälsa inte går ut över de boendes psykosociala miljö.
- Utföraren behöver arbeta för att varje personalkategori får förutsättningar att arbeta utifrån det som ingår deras uppdrag och ges adekvat kompetensutveckling.

Personcentrerad vård och omsorg

Styrdokument

- Socialstyrelsen (2010) Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning. Åtgärds punkt 36
- Internt avtal/överenskommelse: Drift av Gustavsgården, punkt 1.10

Beskrivning

Verksamheten har vid uppföljningen ingen utformad plan för hur en personcentrerad omsorg ska genomföras. I intervjuerna beskrivs generellt att ämnet har berörts och diskuterats men att inga konkreta planer har satts upp för arbetet. I intervjuerna framkommer olika beskrivningar över vad en personcentrerad vård och omsorg innebär.

D-huset använder sig av planeringblad där de boende på avdelningen delas in i grupper med olika ansvarsområden. På planeringsbladet finns också en checklista för mat/dusch och medicin.

Ur den sociala dokumentationen kan inte utläsas hur ett personcentrerat arbetssätt ska genomföras. Till exempel kan inte relationsarbete för den demenssjuka utläsas. Den enskildes egna förmågor framkommer sällan. Sociala nätverk och sociala behov finns ibland beskrivet, dock framkommer inte hur personalen ska arbeta för att upprätthålla de sociala nätverken. Bemötande finns beskrivet i de flesta av de granskade planerna men är oftast generellt beskrivet i form av ett lugnt bemötande. Specifika arbetssätt om hur bemötandet ska genomföras beskrivs sällan.

Utifrån observationstillfällena och utifrån personal intervjuer har framkommit en vård och omsorg av de boende som i huvudsak bestod av basal omsorg, i form av uppstigning/läggning hygien och mat. Användandet av planeringsbladet i den form som finns på boendet bedöms också motverka en individanpassad omsorg. Det finns t.ex. inget stöd för planering av individuella aktiviteter.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver arbeta för att skapa en personcentrerad omsorg där den enskildes fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov tillgodoses.

Meningsfull tillvaro och individuella meningsfulla-/fysiska aktiviteter

Styrdokument

- Socialtjänstlagen 3 kap 3 §; 5 kap 4 §
- Internt avtal/överenskommelse: Drift av Gustavsgården. Punkt 1.10, 1.8; 1.14
- Socialstyrelsen (2010) Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning. Åtgärds punkt 74, 99

Beskrivning

I de granskade genomförandeplanerna finns enstaka individuella aktiviteter beskrivet för vissa boende. Under intervjuerna har det framkommit att omfattningen av de individuella aktiviteter som genomförs beror på vilken personal som arbetar på avdelningarna. Det har också framkommit att individuella aktiviteter inte genomförs kontinuerligt utan istället hänvisas till gemensamma aktiviteter. Detta bekräftas även av den granskade sociala dokumentationen. När det gäller boendes utevistelse har framkommit i intervjuer att personal på avdelningen generellt inte har tid att genomföra promenader med de boendena. Under intervjuerna har vidare framkommit en oklar ansvarsfördelning gällande aktiviteter av fysisk karaktär.

Under observationerna på D-huset genomfördes inga individuella aktiviteter. Under observationer och av genomförda intervjuer kan fastställas att det inte finns några tydliga rutiner för hur arbetet med att skapa en meningsfull tillvaro ska ske.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver arbeta med individuella aktiviteter utformade utifrån den enskildas behov och önskemål.

Teambaserat arbete

Styrdokument

- Socialstyrelsen (2010) Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning. Artikelnummer 2010-5-1 Åtgärds punkt 101
- Internt avtal gällande ”drift av Gustavsgården” punkt 1.5

Beskrivning

Verksamheten arbetar med återkommande team möten. Hur information och beslut från team möten förmedlas till övrig personal beskrivs i intervjuerna som oklart.

Användandet av team möten har inte heller framkommit i beskrivningar om hur personal arbetar med oro likväl som meningsfull tillvaro för de boende.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver säkerställa att information från team möten förmedlas till övrig personal som inte deltagit.
- Genomförandeplaner behöver uppdateras när ändringar sker utifrån team möten.
- Om ett team möte rör en specifik boende behöver detta antecknas i dennes journal.

Måltidssituation

Styrdokument

- Internt avtal/överenskommelse: Drift av Gustavsgården punkt 1.22

Beskrivning

Observation av tre lunchtillfällen på D-huset visar att avdelningarna hanterar de på olika sätt. På en av avdelningarna är måltidssituationen bra och serveringen är anpassad efter de boende. På de övriga avdelningarna fanns det brister i arbetssätt som avseende servering av mat till boende sittandes vid samma bord som skedde vid olika tider. Det saknas en tydlig struktur och rutin kring måltidssituationen. Det kan vara enkla åtgärder som att presentera maten och inte sätta på diskmaskinen under måltid.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver utveckla och förbättra måltidssituationen så att den blir så långt det är möjligt individuellt anpassad.

Pedagogisk måltid

Styrdokument

- Internt avtal/överenskommelse: Drift av Gustavsgården punkt 1.22

Beskrivning

Vid observationstillfället åt omsorgspersonal på avdelningarna 2 och 3 pedagogisk måltid. Ingen pedagogisk måltid² skedde på avdelning 4.

² Pedagogisk måltid innebär att personalen äter tillsammans med boende och är en förebild i matsituationen. Syftet är att vara delaktig i måltiden och stimulera boende till ett bättre näringsintag och bibehållande av sina funktioner. En pedagogisk måltid ingår i den anställdes arbetsuppgifter och utförs under arbetstid.

Åtgärds punkter

- Utföraren ska säkerställa att pedagogisk måltid genomförs.

Kontaktperson och personalkontinuitet

Styrdokument

- Internt avtal/överenskommelse "Drift av Gustavsgården" p 1.8 och 1.12

Beskrivning

Verksamheten använder sig av kontaktperson och vice kontaktperson.

Under observationer och från intervjuer konstaterats att det inte finns tydliga rutiner för hur arbete ska ske för att säkerställa en hög personalkontinuitet. Vid uppföljningen har kontroll av bemanningen skett under vecka 9 och 10. Totalt på D-huset har bemanningen för omsorgspersonal har under dessa veckor det har bestått av 56 % vikarier och inhyrd personal.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver arbeta för en högre personalkontinuitet.

Personalbemanning

Kontroll av bemanningen på D-huset har i uppföljningen gjorts under vecka 9 och 10.

Styrdokument

- Internt avtal/överenskommelse "Drift av Gustavsgården" punkt 1.39

Beskrivning

Under dagtid både helg och vardag arbetar tre omsorgspersonal per avdelning. Under kvällstid arbetar två omsorgspersonal per avdelning. På kvällstid finns ytterligare en omsorgspersonal som går mellan alla tre avdelningar. Under våren 2015 har extra personal satts in på avdelningarna på grund av oroliga boende. Extra omsorgspersonal har satts in både på D2 och D4. Under natten arbetar en omsorgspersonal på respektive avdelning på D-huset. På vardagar och dagtid arbetar en sjuksköterska per avdelning i D-huset. På kvällar och helgar arbetar en sjuksköterska i hela verksamheten.

I uppföljningen har framkommit att avdelningarna nattetid lämnas utan omsorgspersonal under kortare perioder i när dubbelbemanning krävs på annan avdelning. Rörelselarm används då för att upptäcka om boende från avdelningen som vid tillfället saknar omsorgspersonal behöver hjälp. I uppföljningen har också framkommit att nattpersonal ibland genomför insatser själva som kräver dubbelbemanning.

Bemanningen på D-huset bedöms vara tillräcklig under observationstillfällena. Vid dessa tillfällen var det tre omsorgspersonal per avdelning på kvällen. De brister som påvisats i denna rapport bedöms inte bero på för låg bemanning.

Åtgärds punkter

- Utföraren behöver säkerställa att bedömda dubbelbemanningar i omsorgen sker av två personal dygnet runt.
- Utföraren behöver säkerställa att avdelningarna aldrig lämnas obemannade.

Rörelsefrihet

Styrdokument

- Regeringsformen (1974:152) 2 kap 8 §

Beskrivning

Under våren 2015 har 3 rapporter om missförhållande inkommit relaterat till upptäckter om att lägenhetsdörrar till boende varit låsta. Under uppföljningen genomfördes på grund av detta en nattobservation med kontroll av om lägenhetsdörrar till boende var låsta. Under nattobservation synliggjordes att 17 stycken lägenhetsdörrar var låsta. Vid kontroll av dokumentationen framgick att totalt 4 stycken boende uttryckt att de önskat ha sin dörr låst. På grund av allvarlighetsgraden skedde återkoppling till verksamheten direkt efteråt. Verksamheten har efter detta installerat så kallade hotellås i D-huset. Hotellåsen installerades under v. 19.

Åtgärds punkter

- Fortlöpande säkerställa den enskildes rörelsefrihet.

Brukarundersökning

Under 2014 har Socialstyrelsen genomfört en brukarundersökning under namnet *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen*. (Socialstyrelsen, 2014). Denna undersökning består av en enkät som skickas per post till alla personer som får äldreomsorg i Sverige. För Gustavsgården finns resultat för hela verksamhetens likväl som för varje hus. Svarsfrekvensen för Gustavsgården totalt var mellan 60 – 80 %. B-huset och C-huset hade också en svarsfrekvens på mellan 60 – 80 % svarande. På D-huset låg svarsfrekvensen mellan 40- 60 %. Frågorna som ställs berör bland annat trivsel på boendet och lokalerna, personalens arbete och bemötande, matsituation och hur lätt det är att få tag i olika personalkategorier.

I jämförelse mellan husen på Gustavsgården får D-huset generellt något sämre svar på frågorna än övriga avdelningar (Se bilaga 1). C-huset är den avdelning som får bäst resultat, dock är det en stor variation mellan frågorna. Skillnader som bör uppmärksammas är att på frågor kring upplevelse av matsituation får B-huset sämre



resultat än övriga avdelningar. Om maten smakar bra fick B-huset 56 % positiva svar. D-huset får i jämförelse 93 % positiva svar. Andra skillnader som är markanta gällde trivsamtet gällande utomhus miljö, gemensamma utrymmen och lägenhet. På dessa frågor får D-huset sämre resultat jämfört med de andra husen.

I jämförelse med de andra särskilda boenden³ på Värmdö får Gustavsgården överlag likvärdigt resultat som övriga. Dock bör resultatet för frågan om *Möjligheter att komma ut* noteras. På denna fråga får Gustavsgården 40 % positiva svar. Övriga boenden får på denna fråga mellan 58 till 88 % positiva svar.

För fullständiga resultat se bilaga 1 och 2.

Tidplan för utvecklingsarbetet

En handlingsplan för hur utvecklingsarbetet utifrån de framkomna åtgärds punkterna ska presenteras för ansvarig nämnd.

Gustavsberg den

.....
Åsa Ahlsved
kostcontroller

.....
Erik Vallström
äldreomsorgscontroller

.....
Carina Widmark
chef äldreheten

³ Djuröhemmet, Attendo Ljung och Attendo Slottsovalen

