

Datum 20160825
DNR 2016/KS0234

Krusmyntan

Verksamhetsform: Privat regi

Chef: Ulla-Lena Svensson

Kvalitetsgranskningen genomfördes: 20160509 – 20160620

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 2016-08-25



Catrin Ullbrand






Chef kvalitetsenheten

Innehållsförteckning

Sammanfattning av granskning Krusmyntan.....	5
1 Syfte	6
2 Metod	6
3 Verksamhetens förutsättningar (strukturkvalitet).....	7
3.1 Om verksamheten.....	7
3.2 Lokaler och miljö.....	9
3.2.1 Bedömning av lokaler och miljö	9
3.3 Ledning.....	9
3.3.1 Bedömning av ledning.....	10
3.4 Personal och bemanning.....	10
3.4.1 Bedömning av personal och bemanning.....	11
4 Arbetet i verksamheten (Processkvalitet).....	11
4.1 Bemötande, självbestämmande och inflytande	11
4.1.1 Bedömning av bemötande, självständighet och inflytande.....	12
4.2 Social dokumentation.....	13
4.2.1 Bedömning av social dokumentation	14
4.3 Kontaktmannaskapet.....	14
4.3.1 Bedömning av kontaktmannaskapet	14
4.4 Mat och måltider	14
4.4.1 Bedömning av mat och måltider	16
4.5 Anhörigas och boendes omdöme om verksamheten.....	16
5 Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)	17
5.1 Trygg och säker verksamhet.....	17
5.1.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet.....	17
5.2 Kvalitetsarbete.....	17

5.2.1	Resultat av brukarundersökning.....	18
5.2.2	Bedömning av kvalitetsarbete.....	19
6	Referenser.....	20

Sammanfattning av granskning Krusmyntan

-  Verksamheten arbetar medvetet för att göra måltiderna till en trevlig stund på dagen.
-  Verksamhetschefen arbetar strukturerat för att vara tydlig och närvarande i sitt ledarskap.
-  Utemiljön är väl anpassad efter de boendes behov.
-  Verksamheten behöver säkerställa att all personal har tillräckliga kunskaper om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah.
-  Verksamheten måste säkerställa att dokumentationen förvaras så att inga obehöriga har tillgång till den.

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 beskriva kvaliteten i socialtjänstens verksamheter ur ett medborgarperspektiv. 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 kvalitetscontrollers 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 verksamhetschef, personal, boende, biståndshandläggare och 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 utgår från gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter, kommunens riktlinjer och gällande avtal/överenskommelser.
- **Arbetet i verksamheten (processkvalitet)**
Processer, rutiner och arbetssätt beskrivs och bedöms i förhållande till uppdraget.
- **Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)**
Granskningen utgår från de krav som framgår av 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

Krusmyntan ligger i ett fristående trevåningshus och drivs av omsorgsföretaget Vardaga. Boendet består av 52 lägenheter fördelat på tre våningar med två boendegrupper per våningsplan. Där finns både boendegrupper för personer med demenssjukdom och med allmän inriktning. Fem av boendegrupperna vänder sig till personer med demenssjukdom och en har allmän inriktning.

För att få en plats på Krusmyntan krävs ett biståndsbeslut från kommunens biståndshandläggare. Beslutet fattas enligt Socialtjänstlagen (SoL) fjärde kapitlet första paragrafen, den så kallade biståndsparagrafen.² Verksamheten drivs med

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

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

utgångspunkt från gällande lagstiftning (främst Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt Tyresö kommuns mål och styrdokument.

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

Verksamhetens värdegrund:

”Människosyn

Hos oss har alla, utifrån sina förutsättningar rätt att själv få bestämma över sitt liv – detta så långt möjligt är. Vår människosyn utgår från en humanistisk helhetssyn där varje människa är unik. Det betyder att alla ska ha rätt till ett värdigt liv med såväl fysiskt, psykiskt som socialt välbefinnande.

Bemötande

Ett gott bemötande är grunden för god kvalitet i våra verksamheter. Vi ska förmedla trygghet och en känsla av att vara sedd och förstörd i alla möten. Det innebär såväl respekt, omtanke och medkänsla som intresse och lyhörddhet för varje människas behov.

Kvalitet skapar vi med närvaro i varje möte.

Ledningsfilosofi

”Vi leder genom att ha medarbetare som vågar och vill och chefer som leder och lyssnar. Det motiverar till nytänkande och utveckling.

Vi leder genom att arbeta utifrån beprövade metoder och forskning i kombination med innovativa idéer.

Vi leder genom att arbeta med ständiga förbättringar där vi lär av varandra, samverkar och tar tillvara alla medarbetares kompetens, erfarenhet och kunskap.

Vi leder genom att vara öppna i alla led. Genom att synliggöra problem som uppstår och lösa dem, förbättrar vi hela tiden vår kvalitet.”

3.2 Lokaler och miljö

Krusmyntan är ett vård- och omsorgsboende beläget i Tyresö. Lokalerna är ljusa och rymliga och har stora fönster. På varje våningsplan finns ett allrum mellan de två boendegrupperna. Allrummen är trivsamt möblerade och där finns spel och annat som inbjuder till spontan samvaro. I anslutning till allrummen finns också stora balkonger som används flitigt av de boende. Verksamheten ligger nära skogen och det finns ett promenadstråk som går runt huset. På nedre botten finns en uteplats som leder till den gemensamma trädgården. På gården finns matgrupper där de boende har aktiviteter och både äter och fikar när vädret tillåter. Där finns också höns som personal och boende sköter om.

3.2.1 Bedömning av lokaler och miljö

Lokalerna är anpassade efter de boendes behov.

Utemiljön är väl anpassad efter de boendes behov.

3.3 Ledning

Verksamheten leds av en verksamhetschef som arbetat på Krusmyntan sedan 2012. På varje våningsplan finns en gruppchef som ansvarar för det dagliga arbetet. Det finns även en gruppchef för sjuksköterskorna. Arbetsfördelningen för gruppcheferna är 80 % arbete i omsorgen och 20 % administrativ tjänst.

Gruppchefernas uppdrag innebär att de ansvarar för bemanningen och för att leda och fördela det dagliga arbetet. Det är också till dem personalen i första hand vänder sig med frågor. Om gruppcheferna inte kan lösa frågan tar de den vidare till verksamhetschefen. Enligt personalen fungerar systemet bra och de ser det som en styrka att gruppcheferna också arbetar i omsorgen.

Det är verksamhetschefen som har det yttersta ansvaret för att planera, leda kontrollera och följa upp insatserna som utförs.

Verksamhetschefen är distriktssköterska med lång erfarenhet av arbete i ledande position. Hon har läst Socialstyrelsens ledarprogram för chefer inom äldreomsorgen (30 hp) och ett antal kortare kurser som anordnats av Vardaga som exempelvis arbetsrätt och social dokumentation.

Verksamhetschefen har i sitt arbete stöd av andra chefer inom Vardaga där hon ingår i en ledningsgrupp, samt av gruppcheferna på enheten. Hon har sitt kontor centralt beläget på Krusmyntan och berättar att dörren alltid står öppen vilket granskningen också visade.

Vid intervjuer och samtal med personalen framkommer det att de upplever chefen som tillgänglig, närvarande, konsekvent och tydlig i sitt ledarskap. De har stort förtroende för chefen.

3.3.1 Bedömning av ledning

Verksamhetschefen arbetar strukturerat för att vara tydlig och närvarande i sitt ledarskap.

3.4 Personal och bemanning

En gång i månaden har personalen APT tillsammans med verksamhetschefen. Varje tisdag har varje våningsplan teammöten. På teammötet deltar omsorgspersonal, verksamhetschef, sjuksköterska och paramedicinsk personal. Syftet med mötena är att följa upp hur omsorgen om de boende fungerar.

På Krusmyntan finns det 36,7 årsarbetare (2015) fördelat på 38 undersköterskor, sju sjuksköterskor, en sjukgymnast, en arbetsterapeut, en aktivitetsansvarig och en verksamhetschef. Aktivitetsansvarig arbetar dagtid måndag – fredag och anordnar dagligen aktiviteter för de boende.

Personalomsättningen är låg, under 2015 avslutade tre personer sin anställning på Krusmyntan. Under 2015 var korttidssjukfrånvaron 4,1 procent.

All tillsvidareanställd personal har genomgått en tredagars Silviautbildning³. Samtliga tillfrågade menar att utbildningen varit mycket bra och att det underlättar det dagliga arbetet att alla fått samma utbildning. Med undantag av sex personer har den tillsvidareanställda personalen som lägst undersköterskeutbildning, motsvarande 900⁴ gymnasiepoäng från omvårdnadsprogrammet. Vid nyanställning är utbildningsnivån ett krav.

³ <http://www.silviahemmet.se/utbildning/certifisering/>

⁴ Socialnämnden s riktmärke för anställning inom äldreomsorgen.

Samtliga tillfrågade menar att det finns goda möjligheter till vidareutbildning inom företaget. De flesta utbildningar som erbjuds genomförs via internet.

Flera av den tillfrågade personalen anser att samarbetet mellan undersköterskor och sjuksköterskor kan förbättras. De berättar att yrkesgrupperna ibland har svårigheter att förstå varandra och att respekten för varandras yrkeskunskaper kan stärkas.

3.4.1 Bedömning av personal och bemanning

All personal har goda kunskaper om personer med demenssjukdom och har genomgått Silviautbildning.

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 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 kan en kartläggning av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)⁵ göras 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. Kartläggning av de boende enligt BPSD är påbörjat på Krusmyntan.

⁵ Svenskt demenscentrum

I fem av de sex boendegrupperna på Krusmyntan 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.

Granskningen har visat att de boendes behov prioriteras 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 kontaktmannen som har kontakt närstående och i möjligaste mån utför sysslor omkring den boende.

Personcentrerad omsorg⁶ kräver att bemanningen är anpassad efter målgruppens faktiska behov av tillsyn och omsorg. Enligt den tillfrågade personalen finns möjlighet till tillfällig förstärkning när det finns behov av det.

I en av boendegrupperna har flertalet av de boende varit mycket oroliga och hade enligt personalen svårigheter att hantera intryck. För att minska de boendes oro provade personalen, i samråd med verksamhetschefen, att ta bort den tv som fanns i allrummet. Resultat av insatsen har varit gott och oron hos de boende har minskat kraftigt. Under granskningsperioden pågick en diskussion om att genomföra samma förändring i andra boendegrupper.

Verksamheten har regelbundna boenderåd där de boende har möjlighet att ta upp önskemål och synpunkter.

4.1.1 Bedömning av bemötande, självständighet och inflytande

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

Personalens förhållningssätt utgår från de boendes individuella behov och önskemål.

⁶ "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 lagstyrd⁷ och syftar till att säkerställa den enskildes trygghet och rättssäkerhet samt att möjliggöra uppföljning av genomförda insatser. Den sociala dokumentationen ska förvaras så att ingen obehörig har tillgång till den.

Under granskningsperioden fanns pärmar med dokumentation rörande enskilda personer inne i respektive boendegrupp. Dörren till kontoret var under granskningsperioden inte alltid låst vilket är ett krav från Socialstyrelsen och enligt de regler som finns i arkivlagen.

En genomförandeplan är ett dokument baserat på vad den enskilde, företrädare och stödpersonen 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. Den löpande dokumentationen ska enligt Socialstyrelsen innehålla händelser av vikt och avvikelser i förhållande till genomförandeplanen.

Vardaga har ett eget system för dokumentationen och använder inte kommunens verksamhetssystem Treserva. Detta innebär att biståndshandläggarna inte kan ta del av dokumentationen om den inte sänds manuellt till dem.

Genomförandeplanerna håller genomgående en hög kvalitet och planerna är respektfullt skrivna. Det finns en tydlig koppling mellan genomförandeplanen och de löpande anteckningarna.

Den löpande dokumentationen ska enligt Socialstyrelsen innehålla en beskrivning av händelse – åtgärd – resultat. I samtliga akter finns tydliga

⁷ SOSFS 2014:5(S) Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS

beskrivningar av händelser och ofta också vilken åtgärd som vidtagits och vilket resultat åtgärden gett.

Den tillfrågade personalen hade goda kunskaper om syftet med dokumentationen och om vad den ska innehålla, vilket också framgick av granskningen.

4.2.1 Bedömning av social dokumentation

Verksamheten måste säkerställa att dokumentationen förvaras så att inga obehöriga har tillgång till den.

4.3 Kontaktmannaskapet

Kontaktmannaskapet fördelas mellan den tillsvidareanställda omsorgspersonalen. Varje personal är kontaktman åt två personer och vice kontaktman åt två.

Det är kontaktmannen som har ansvaret för att skriva och uppdatera genomförandeplanen samt det övergripande ansvaret för allt som rör den boende. Samtliga av den tillfrågade personalen hade kunskap om uppdraget.

4.3.1 Bedömning av kontaktmannaskapet

Kontaktmannaskapet är väl fungerande.

4.4 Mat och måltider

Krusmyntan arbetar efter Vardagas matkoncept ”Mat som hemma”. Syftet med konceptet är att få en större variation på måltiderna och en jämnare kvalitet.⁸ Mat som hemma bygger på sex olika veckomenyer och byts två gånger per år. Till varje meny finns tillagningsanvisningar, recept, inköpslistor och bilder på serveringsförslag. Enligt personalen på Krusmyntan har konceptet inneburit att de boende äter mer och tycker bättre om maten än tidigare. De upplever också att fler av de boende vill hjälpa till i matlagningen.

Frukosten börjar serveras klockan 8:00 och de boende blir serverade allt eftersom de kommer upp. De boende som har förmåga att servera sig själv får

⁸ <http://www.vardaga.se/sv/Det-praktiska/Mat-och-maltider/>

smör, bröd, dryck, fil och flingor framställt på bordet. De som behöver stöd tillfrågas om vad de önskar till frukost på ett respektfullt sätt.

Lunchen serveras klockan 12:30, middagen vid 17:30 och de boende äter tillsammans antingen i det gemensamma köket. Ett fåtal av de boende valde att äta inne på sina rum. Efter lunchen serveras alltid dessert. Till eftermiddagskaffet serveras oftast något personalen bakat under dagen.

Om någon av de boende inte tycker om den mat som serveras finns möjlighet att få något annat vilket också händer under granskningsperioden. Personalen försöker anpassa menyn och valet av maträtter utifrån vad de boende tycker om. Måltiderna är jämt fördelade över dygnet.

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.

Vid samtliga måltider under dagen, var det tyst och lugnt och i några av boendegrupperna användes musik på ett medvetet sätt. Metoden omsorgsmåltider⁹ används i samtliga boendegrupper. Vid en omsorgsmåltid sitter personalen och äter tillsammans med de boende i syfte att fungera som förebilder. Det var vanligare att personalen åt tillsammans med boende under lunchen än under middagen.

Kvällsmålet serveras vid cirka 20:00 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).

Personalen arbetar aktivt för att göra måltiderna till en social aktivitet. Framst märktes det under granskningen genom att personalen stöttar de boende i att upprätthålla samtal, att hitta lämpliga samtalsämnen och att inkludera samtliga boende i samtalen.

⁹ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-8-8>

4.4.1 Bedömning av mat och måltider

Verksamheten arbetar medvetet för att göra måltiderna till en trevlig stund på dagen.

Verksamheter använder metoden omsorgsmåltider.

4.5 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.

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. Vid tidpunkten för granskningen bjöds anhöriga in till regelbundna träffar tillsammans med boende, personal och verksamhetschef, så kallade närståendeträffar. Utöver närståendeträffarna anordnas också aktiviteter för närstående och boende tillsammans. Som exempel kan nämnas den årliga grillfesten i början av sommaren. Grillfesten är mycket uppskattad och välbesökt av de anhöriga. Samtliga tillfrågade anhöriga uppger att de känner sig mycket trygga med den omsorg som ges på Krusmyntan. De berättar också att de alltid känner sig välkomna att besöka verksamheten och att det är lätt att få kontakt med såväl personal som med verksamhetschef.

Flera anhöriga påpekar särskilt att de upplever att maten är bra. En av de tillfrågade berättar att hans anhöriga uppskattar att få sitta med i köket medan maten lagas och att ha möjlighet att få hjälpa till.

Krusmyntan använder sig av Instagram för att öka de närståendes insyn i verksamheten. Verksamhetschefen är noga med att inte visa de boendes ansikten i de bilder som läggs upp och att bilderna inte kan uppfattas som kränkande på något sätt. Utöver Instagram kommunicerar verksamheten också med närstående genom de månadsbrev som verksamhetschefen skickar. Breven sänds både digitalt och i pappersform utifrån önskemål. Månadsbreven och protokoll från boenderåden finns också på företagets hemsida.

5 Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultat kvalitet)

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

Verksamheten hade vid granskningstillfällena uppdaterade rutiner inom samtliga relevanta områden.

All personal blir informerade om rapporteringskyldigheten enligt Lex Sarah¹⁰ vid nyanställning och en gång per år enligt de rutiner som verksamheten har. Den tillfrågade personalen hade varierande kunskaper om rapporteringskyldigheten enligt Lex Sarah. Framst rörde osäkerheten skyldigheten att rapportera risk för allvarlig brist.

5.1.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet

Verksamheten behöver säkerställa att all personal har tillräckliga kunskaper om rapporteringskyldigheten 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). Verksamhetschefen har ansvar för att utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet inom enheten utifrån den.

Vardaga har utarbetat ett eget ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet Qualimax och består av fyra delar:

- ledning
- mätning
- förbättring
- dokumentation

¹⁰ Socialtjänstlagen 14 kap. 3–6 §§, SOSFS 2011:5, SOSFS 2013:16

Enligt Vardaga är utgångspunkten högt satta kvalitetsmål som varje äldreboende, avdelning och medarbetare följer. Företaget själva gör regelbundna egenkontroller och kvalitetsundersökningar samt noggranna avstämningar mot checklistor. Resultaten från dessa kontroller och avstämningar bildar underlag för kvalitetsrådets arbete med utvärderingar, uppföljning och förbättringar.

På Krusmyntan finns även ett boenderåd som träffas en gång i månaden. Där diskuterar de boende olika frågor som rör verksamheten som exempelvis maten, och minnesanteckningar förs.

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. Svarsfrekvensen på Krusmyntan var 40 % – 60 %.

Krusmyntans resultat i Socialstyrelsens brukarundersökning har avsevärt förbättrats sedan 2014 rörande de frågor som framgår av tabellen.

Fråga från Socialstyrelsens brukarundersökning 2015	Riket	Tyresö	Krusmyntan	Krusmyntan (2014)
Trivs med sitt rum/lägenhet	74	74	78	62
Tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen	65	59	78	50
Upplever måltiderna som en trevlig stund	69	69	80	47
Får bra bemötande från personalen	94	95	91	90
Är sammantaget nöjd med äldreboendet	82	79	78	67

5.2.2 Bedömning av kvalitetsarbete

Personalen är delaktig i kvalitetsarbetet.

Verksamheten har ett tydligt ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

6 Referenser

Dokument och information som direkt rör verksamheten:

Verksamhetsberättelse 2015

Enhetsplan 2016

Personalstatistik

Sjukfrånvaro

Personalomsättning

Personalens utbildningsnivå

Litteratur:

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, socialförvaltningen Tyresö kommun
2013

*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

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

Övriga referenser:

Dokument som rör Vardaga: <http://www.vardaga.se/sv/Om-Vardaga/>