

Datum 2018-07-04  
Dnr: 2018/KS 0234

## Uppföljningsrapport Krusmyntan vård- och omsorgsboende 2018

Krusmyntan vård- och omsorgsboende, drivs i enskild regi av Vardaga inom företagsgruppen Ambea.

Uppföljningen genomförd april 2018 av:



Eva Lindgren  
Kvalitetscontroller  
[eva.lindgren@tyreso.se](mailto:eva.lindgren@tyreso.se)



Ansa Haapala  
Kvalitetscontroller  
[ansa.haapala@tyreso.se](mailto:ansa.haapala@tyreso.se)

Uppföljningsrapporten godkänns och överlämnas till socialförvaltningen.

Tyresö den 5 juli 2018



Catrin Ullbrand  
Kvalitetschef

## Sammanfattning Krusmyntan vård- och omsorgsboende 2018

- ◆ Verksamheten har arbetat aktivt för att komma tillrätta med de brister som påpekades vid tidigare granskning.
- ◆ Verksamheten har tydliga rutiner för att årligen följa upp att personalen har tillräckliga kunskaper om rapportering enligt lex Sarah.
- ◆ Kodlås är uppsatta till alla dokumentationsrum och samtliga dörrar var låsta vid uppföljningstillfället.
- ◆ De boendes behov av insatser nattetid framgår i den sociala dokumentationen.

### Kvalitetsnivåer är visualiserade genom färgsättning:

- ◆ Grönt innebär att åtgärder har vidtagits för att rätta till utvecklingsområde/brist.
- ◆ Gult innebär att verksamheterna har områden som kan utvecklas.
- ◆ Rött innebär att verksamheterna uppvisar brister som behöver åtgärdas.

# 1 Bakgrund

Kommunstyrelsen i Tyresö kommun beslutar årligen om granskningsplan för privat och kommunal verksamhet. I denna framgår att verksamheter oavsett regiform inom socialförvaltningen ska kvalitetsgranskas vart tredje år. Därutöver ska en uppföljande kvalitetsgranskning göras minst en gång under treårsperioden. Fokus på den uppföljningen ska vara brister och utvecklingsbehov som framkommit vid kvalitetsgranskningen. Den uppföljande granskningen har gjorts av kvalitetsenheten, som ingår i kommunstyrelseförvaltningen.

## 2 Syfte med granskningen

Denna rapport är en uppföljning av den granskning som gjordes av Krusmyntans vård- och omsorgsboende 2016. Syftet är att ge en nulägesbeskrivning och redogöra för hur man har arbetat med de brister som framkom vid föregående kvalitetsgranskning.

I samband med den uppföljande granskningen framkom att verksamheten planerar att minska nattbemanningen på Krusmyntans vård- och omsorgsboende, därför belyser vi detta vid uppföljningen.

## 3 Metod

Uppföljningen bygger på inlämnade uppgifter från ansvarig verksamhetschef, samtal med socialförvaltningens avtalscontroller, medicinsk ansvarig sjuksköterska, avdelningschef på myndighet äldre- och funktionsnedsättning. Genomgång av de boendes sociala dokumentation, skriftliga rutiner samt besök i verksamheten.

Verksamhetschefen har haft möjlighet att faktagranska innehållet i rapporten.




Rapporteringen från verksamhetschef har haft fokus på:

- uppföljning av resultaten i granskningsrapporten från 2016
- beskrivning av hur de arbetat med att följa upp och säkerställa verksamhetens rutiner.

Rapporten lämnas över till socialförvaltningen som avgör om ytterligare åtgärder behövs.

## 4 Uppföljning 2018

Färgmarkeringarna anger resultaten enligt följande färgskala:

-  Åtgärder bedöms ha vidtagits för att rätta till utvecklingsområde/brist.
-  Utvecklingsområde.
-  Brist som behöver åtgärdas.

Resultat från granskningen 2016	Resultat från uppföljningsgranskning 2018
<b>Trygg och säker verksamhet</b>	
Verksamheten behöver säkerställa att all personal har tillräckliga kunskaper om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah.	All personal och praktikanter/studenter får muntlig och skriftlig information om Lex Sarah under sin introduktion. Uppföljning av rutinen görs minst 1ggr/år under arbetsplatsträffar. Uppföljningen sker i diskussionsform tillsammans med personal och gruppchefer.
Verksamheten måste säkerställa att dokumentationen förvaras så att inga obehöriga har tillgång till den.	All dokumentation i pappersform är inlåst på respektive våningsexpedition. På sjuksköterskeexpeditionen finns brandsäkra/låsbara arkivskåp. Dörrarna till expeditionerna är alltid låsta när dessa är obemannade, vilket observerades vid två olika uppföljningsbesök.

## 5 Förändrad nattbemanning

Verksamheten planerar att införa ny nattbemanning från 15 juni 2018. Det innebär i huvudsak att grundschemat utgår från att en undersköterska arbetar på varje våningsplan mellan 21.00 och 07.00. Vid behov av dubbelbemanning hjälps man åt mellan våningsplanen och ett plan lämnas då tillfälligt obevakat. Tidigare har verksamheten haft en personal som förstärkning för de olika våningsplanen och vid behov av dubbelbemanning.

Kvalitetsenheten kommer att följa upp hur de boendes behov av tillsyn och trygghet nattetid säkerställs.

### Nya rutiner och arbetssätt

Verksamheten har gjort risk- och konsekvensanalys avseende den förändrade nattbemanningen. De har utarbetat nya rutiner kring hur de kommer att säkerställa de boendes behov av omsorgsinsatser när nattbemanningen minskats. Det finns en detaljerad planering för varje boende utifrån deras behov av bland annat dubbelbemanning. Flertalet boende har rörelselarm inkopplat i sin lägenhet.

Nattpersonalen kommer att ha *en* gemensam gruppchef för att underlätta planering och uppföljning av nattinsatserna. Sjuksköterskejouren har en inställetid på 30 minuter.

När det gäller den förändrade nattbemanningen så har verksamheten utarbetat tydliga rutiner för att säkerställa de boendes behov av insatser nattetid.

Verksamheten har gjort riskbedömning för att säkerställa att tillsyn kan ske utan dröjsmål och att de boendes trygghet kan tillförsäkras.

### Social dokumentation

Kompletterande granskning av de boendes genomförandeplaner har gjorts för att se om de boendes behov av insatser nattetid finns beskrivet.

Det finns en planering för varje boende där deras behov av stöd nattetid framgår. Enligt verksamhetschefen följs planeringen upp en gång i veckan på verksamhetens team-möten där sjuksköterska, sjukgymnast och kontaktman ingår.