

# Granskningsrapport

Krusmyntan

2024

Karin Östensson & Sofia Pérez

tyresö kommun 

## Innehåll

Inledning.....	3
Metod .....	3
Resultat .....	4
Sammanvägd bedömning.....	5
Verksamhetens uppdrag.....	6
Lokaler.....	6
Organisation och ledning .....	6
Personal .....	7
Brukares upplevda kvalitet.....	9
Rutiner och arbetsmetoder .....	11
Social dokumentation .....	12
Systematiskt kvalitetsarbete .....	12
Analys .....	13
Diskussion .....	15
Slutsats .....	15
Rekommendationer .....	16
Källförteckning.....	17

## **Inledning**

Med hänvisning till att kvalitetskontrollers granskat samtliga verksamheter i enlighet med granskningsplanen för 2024<sup>1</sup>, efterfrågades andra aktuella verksamheter som vore lämpliga att granska under kvarstående period för året. I samråd med berörd förvaltning bestämdes att Krusmyntan skulle granskas med anledning av att verksamheten upphandlades på nytt under 2023.

## **Metod**

Granskningen pågick under oktober 2024.

Granskningen utgick från gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter, lokala och nationella riktlinjer samt lokala avtal. Enhetens processer, rutiner och arbetssätt har undersökts, beskrivits och bedömts i förhållande till dess uppdrag.

Granskningen har omfattat:

- Anmälda och oanmälda besök för observationer vid olika tillfällen.
- Intervjuer med verksamhetschef, gruppchefer och personal.
- Dialoger och samtal med personal.
- Dialoger och samtal med brukare.
- Granskning av social dokumentation.
- Genomgång av verksamhetens ledningssystem och styrdokument.
- Övriga dokument av vikt.

Bedömningen utav enhetens kvalitet har vägts samman utav enhetens förutsättningar, arbetet på enheten och enhetens måluppfyllelse och kvalitetsarbete.

---

<sup>1</sup> Granskningsplan 2024 för äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområden. Diarienummer: ÄON/2023:117

## Resultat

Verksamhetens kvalitet påverkas av ett flertal faktorer som bland annat låg bemanning och återkommande frånvaro. Bemanningen bedöms inte vara anpassad till brukares behov, vilket påverkar bland annat kontinuitet och rutinföljsamhet. Trots personalens goda kompetens finns ett behov av mer utbildning inom lex Sarah och ett mer strukturerat arbete kring demenssjukdomar.

Aktivitetsstrukturen är välorganiserad, men kvällsaktiviteter prioriteras ofta bort på grund av tidsbrist. Måltidssituationen och kvällsmiljön skiljer sig mellan våningsplanen och personalens följsamhet till rutinerna behöver stärkas. Den sociala dokumentationen är dock av god kvalitet. Avvikelse dokumenteras väl, men uppföljning och adekvata åtgärder behöver säkerställas. Begränsade förutsättningar för mötesdeltagande kan leda till bristande informationsspridning.

## Sammanvägd bedömning

### Kvalitetsnivåer

Grön	Grönt visar goda exempel som med fördel kan spridas till andra enheter.
Gul	Gult innebär att enheten har områden som behöver utvecklas.
Röd	Rött innebär att enheten uppvisar brister som måste åtgärdas.

Kvalitetsnivå	Bedömning
Grön	De organisatoriska förutsättningarna möjliggör ett nära ledarskap.
Grön	Aktiviteter erbjuds i stor omfattning och deltagande brukare är nöjda med utbudet och utförandet.
Grön	Majoriteten av brukarna har en aktuell genomförandeplan och den sociala dokumentationen beskriver insatsernas utförande på ett tydligt sätt.
Gul	Resultaten från brukarundersökningarna visar att verksamheten arbetar med tidigare identifierade förbättringsområden, vilket har resulterat i positiva effekter. Årets resultat indikerar dock att det finns vissa områden som verksamheten fortsatt behöver fokusera på.
Gul	Trots ett högt engagemang hos majoriteten av personalen finns det ytterligare utvecklingsbehov gällande bemötande.
Gul	Verksamheten behöver utveckla ett strukturerat arbetssätt för personcentrerad vård och demenssjukdomar för att förbättra omsorgens kvalitet och öka förståelsen för demenssjukdomar.
Röd	Verksamheten måste säkerställa att bemanningen är anpassad efter brukarnas behov.
Röd	Det måste avsättas tid för överrapportering mellan arbetspassen.
Röd	Reflektionshandledare måste utbildas och reflektionsmöten måste genomföras i enlighet med kraven för Silviacertifiering.
Röd	Rutinföljsamheten måste förbättras, särskilt när det gäller måltidsmiljön och kvällsmiljön.
Röd	Verksamheten måste skapa tillräckliga förutsättningar för att personalen ska kunna delta i möten och öka deras delaktighet i kvalitetsarbetet.
Röd	Personalens kunskap om lex Sarah måste utvecklas.

## Verksamhetens uppdrag

Krusmyntan drivs i egen regi av Vardaga<sup>2</sup> som är en av Sveriges största privata aktörer inom äldreomsorg. Vardagas koncept *Den goda dagen* ska genomsyra arbetet inom äldreomsorgen och syftar till att skapa en meningsfull och individanpassad vardag för varje person, utifrån deras behov och önskemål. Verksamheten ska bland annat erbjuda skräddarsydda insatser, främja valfrihet och självbestämmande, samt erbjuda meningsfulla aktiviteter.

Krusmyntan är ett vård- och omsorgsboende som huvudsakligen riktar sig till personer med demenssjukdom, men har även ett begränsat antal platser för personer med somatiska sjukdomar. Verksamheten erbjuder stöd, vård och omsorg för personer med varaktiga behov som inte kan tillgodoses i det egna hemmet. Boendeplats beviljas genom biståndsbeslut.

## Lokaler

Krusmyntan startade sin verksamhet 2008 och ligger beläget söder om Bollmora. Det finns 52 platser, varav majoriteten är avsedda för personer med demenssjukdom.

Byggnaden består av tre våningsplan, med 17 brukare per plan fördelade på två avdelningar med åtta respektive nio platser. Varje våningsplan har ett gemensamt allrum för social samvaro och en större balkong. På bottenvåningen finns en nyrenoverad uteplats och trädgård som erbjuder möjlighet till utevistelse.

## Organisation och ledning

Verksamheten leds av en verksamhetschef som började sin anställning i oktober 2023. Hen är utbildad undersköterska och läst kurser inom sociologi samt har genomgått ledarskapsutbildningar inom företaget och genom Erstas högskola. Vid en tidigare avtalsuppföljning framkom det att verksamhetschefen saknar en högskoleexamen som motsvarar kraven i avtalet, och en handlingsplan har därför upprättats för att åtgärda detta. I dialog med verksamhetschefen framgår det dock att hen ännu inte har påbörjat sina studier enligt handlingsplanen.

Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för att planera, leda, kontrollera och följa upp arbetet i verksamheten. De flesta utav personalen upplever att verksamhetschefen är tillgänglig vid frågor och beskriver att hen är på plats majoriteten av sin arbetstid, men uttrycker samtidigt en önskan om att hon ska vara mer närvarande i verksamheten.

På varje våningsplan finns en gruppchef som ansvarar för det dagliga arbetet. Gruppcheferna har genomgått ledarskapsutbildning inom företaget. Deras ansvar innefattar bland annat bemanning, rekrytering samt genomförande av mål-, utvecklings- och lönesamtal. Tjänsten är fördelad med 20 procent administrativt arbete och 80 procent i omvårdnaden.

Personalen förväntas i första hand vända sig till gruppcheferna med arbetsrelaterade frågor. Vid tidpunkten för granskningen är två av tre gruppchefer nyligen tillträdna. Gruppcheferna uppger att de hinner utföra sina uppgifter under arbetstid och kan vid behov få mer tid för administrativa uppgifter.

---

<sup>2</sup> Vardaga ingår i Ambeakoncernen.

Personalen framför dock att de upplever att gruppcheferna ofta behöver avsätta tid från omsorgsarbetet för att utföra administrativa uppgifter, vilket påverkar arbetet på avdelningen.

## Personal

### Bemanning och schemaläggning

Personalen har möjlighet att komma med önskemål gällande sitt schema. Vid observationer och i intervjuer beskriver personalen att en person börjar 07:00 och den andra 08:00 på respektive avdelning. En av dem arbetar i regel fram till omkring 13:00 eller 14:00, vilket medför att avdelningen bemannas av endast en personal fram till 16:00. Från 16:00 till cirka 19:30-20:00 är två personer i tjänst, varav en stannar kvar till klockan 21:00 när nattpasset tar över. Nattpersonalen arbetar sedan ensam på respektive våningsplan fram till klockan 07:00.

Mellan 08:00 och 20:00 schemaläggs ytterligare en medarbetare, en så kallad löpare, för att ge stöd i arbetet. Enligt ett rullande veckoschema får varje våningsplan hjälp två till tre dagar per vecka. Vid intervjuer framgår dock att våningsplanen oftast inte får det tilltänkta stödet, då löparen istället ofta placeras på en avdelning för att täcka upp för frånvarande personal. Personalen upplever att detta sker rutinemässigt och inte enbart vid undantagsfall.

Ledningen beskriver rekryteringsutmaningar, särskilt gällande timanställda som kan täcka sjukfrånvaro med kort varsel. Intervjuer med personalen indikerar att frånvarande medarbetare inte alltid ersätts med vikarier, vilket resulterar i att bemanningen ibland består av tre personer per våningsplan istället för fyra.

Under genomförda observationer uppmärksammas att en större del av personalen på plats är vikarier eller timanställda på grund av ledighet eller sjukfrånvaro.

Enligt kommunens avtal ska det finnas tid för överrapportering mellan arbetspassen. Vid intervjuer framkom att det tidigare fanns 15-minuters överlappning mellan skiften, men att informationsöverföringen nu ska ske skriftligt genom brukarnas sociala dokumentation. Majoriteten i personalen upplever dock att det är utmanande att säkerställa en trygg och fullständig överföring endast genom dokumentationen och kommer därför oftast tidigare till sina pass. Vid observationer bekräftas detta, då många anställda anländer några minuter innan arbetspasset börjar för att säkerställa att muntlig informationsöverföring sker.

Nattpersonalen uppger i intervjuer att fram till hösten 2024 bestod bemanningen av fyra personer, med en personal per avdelning och en löpare som stöttade övriga i arbetet. Idag är nattpassen bemannade med en personal per avdelning. De lyfter fram risker med det nuvarande arbetssättet, då de tvingas lämna en avdelning obemannad när de behöver assistera personal på en annan avdelning, exempelvis vid dubbelbemanning eller akuta händelser. Vid observationer bekräftas personalens beskrivning, och våningsplanen står tomma vid flera tillfällen när personalen hjälper varandra.

## Kompetens

Bland de visstidsanställda och tillsvidareanställda är 87,5 procent undersköterskor, medan resterande är vårdbiträden.

Vid intervjuer framgår att inte all tillsvidareanställd personal genomgått utbildning vid Silviahemmet. Det framkommer att det har varit en utmaning att säkerställa platser för utbildningen och att pandemin har påverkat tillgången till kunskapsförsörjning. Det noteras även att reflektionsmöten inte har hållits med den nödvändiga regelbundenheten för att upprätthålla den gemensamma certifieringen inom kommunen. Verksamheten planerar dock att framöver säkerställa ett adekvat antal reflektionshandledare och att schemalägga reflektionsmöten en gång i månaden.

Observationer visar att majoriteten av personalen bemöter brukarna på ett professionellt sätt, men i stressiga situationer kan bemötandet ibland upplevas som kortfattat. Dessutom finns det variationer i personalens kunskaper om demenssjukdomar.

## Hälso- och sjukvård (HSL)

Verksamheten har fyra tillsvidare anställda sjuksköterskor, varav en har utökat ansvar och är utsedd enhetschef för den legitimerade personalen. På vardagar ska verksamheten vara bemannad med sjuksköterskor mellan kl. 07:00 och 16:00, medan en extern avtalad vårdgivare ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå utanför dessa tider.

Personalen rapporterar att samarbetet med de ordinarie sjuksköterskorna fungerar väl, men att personalomsättning och sjukfrånvaro har påverkat kontinuiteten i vårdinsatserna. De påpekar också att den externa vårdgivaren ibland inte håller den avtalade inställelsetiden på 30 minuter.

Vid observationer noteras att det förekommer en del HSL-avvikelse<sup>3</sup>, särskilt kopplade till läkemedelshanteringen. I intervjuer framgår det att personalen har god kännedom om avvikelseprocessen och rapporterar händelser i hög utsträckning. Legitimerad personal beskriver att det är en utmaning att arbeta strukturerat med avvikelser och dess åtgärder och att avvikelserna främst beror på okunskap, brister i informationsöverföring och att det ibland har varit bråttom med delegeringar.

Verksamheten har en sjukgymnast och en arbetsterapeut som delar på respektives heltidstjänst mellan Krusmyntan och den närliggande verksamheten Basilikan. Vid intervjuer och dialoger framkommer att sjukgymnasten har haft det huvudsakliga ansvaret för rehabiliteringsinsatserna på Krusmyntan, medan arbetsterapeuten främst har ansvarat för insatserna på Basilikan.

Under granskningen framkommer det att de framöver kommer att fördela arbetstiden mellan de olika verksamheterna för att säkerställa att insatserna utförs kvalitetssäkert, i enlighet med respektives legitimation och roll.

---

<sup>3</sup> En HSL-avvikelse syftar på en avvikelse inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen (HSL) i Sverige. Det kan handla om situationer där vården eller omsorgen av en patient eller brukare inte uppfyller de krav och riktlinjer som lagen ställer. Exempelvis läkemedelsavvikelser eller fallolyckor.

Vid observationer noteras att det finns utmaningar med att säkerställa följsamheten till rutiner från sjukgymnast och arbetsterapeut. Bland annat observeras långvarigt sittande i rullstolar samt brister i genomförandet av insatser utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt.

Den intervjuade personalen beskriver att de har ett nära och välfungerande samarbete med sjukgymnasten, som har haft det primära rehabiliteringsansvaret i verksamheten.

I samband med dialoger framkommer att verksamheten tidigare har arbetat med att registrera och arbeta enligt BPSD<sup>4</sup> men att arbetet har stannat av.

## **Arbetsmiljö**

Det finns skriftliga rutiner som beskriver hur personalen ska arbeta för att förebygga hot- och våldssituationer. Den intervjuade personalen är väl insatt i arbetet, men de upplever ibland att de inte alltid involveras i det, vilket kan leda till känslor av maktlöshet efter vissa händelser.

Majoriteten av personalen rapporterar en ansträngd arbetsmiljö med ständigt ökande krav. Vissa nämner också samarbetsvårigheter som påverkar trivselen på arbetsplatsen. Under 2023 uppgick sjukfrånvaron i verksamheten till 6,26 procent, medan den genomsnittliga sjukfrånvaron för 2024 hittills är 4,9 procent.

Alla medarbetare har möjlighet att besvara frågor om arbetsplatsen vid sex tillfällen per år, varav två av dessa tillfällen har ett särskilt fokus på ledarskapet. Granskningen av de senaste resultaten visar på varierande upplevelser. På vissa våningsplan beskrivs arbetsmiljön som fysiskt krävande, vilket bekräftas genom intervjuer och observationer. Andra våningsplan rapporterar däremot om ett välfungerande samarbete och hög tillit till gruppchefen.

## **Brukares upplevda kvalitet**

### **Kontaktmannaskap**

Varje brukare har en kontaktperson<sup>5</sup> respektive en vice kontaktperson. Tillsvidareanställd kan vara kontaktperson för upp till tre brukare, beroende på tjänstgöringsgrad.

Som stöd i arbetet finns en checklista som beskriver vilka uppgifter som ska utföras månadsvis. Vid granskningen framkommer det dock att checklistan är bristfälligt ifylld.

Vid intervjuer framkommer att återkommande frånvaro resulterar i brister i kontaktmannaskapet samt i genomförandet av de planerade uppgifterna. Ersättande personal förväntas överta dessa uppgifter, men detta sker inte alltid enligt plan.

---

<sup>4</sup> BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens och syftar på de olika symtom som kan uppstå hos personer med demenssjukdom. I vården BPSD-registret användas, som är ett nationellt kvalitetsregister i Sverige. Det hjälper vårdpersonal att identifiera, kartlägga och behandla dessa symtom på ett strukturerat sätt. Genom att använda registret kan man anpassa vården för att förbättra livskvaliteten för personer med demens och minska behovet av läkemedel.

<sup>5</sup> Uppdraget som kontaktperson innebär främst ett övergripande ansvar för att brukarens insatser genomförs enligt plan, att upprätta och följa upp genomförandeplanen, delta i möten som rör brukaren, hålla kontakt med anhöriga samt planera tid och individuella aktiviteter med den enskilde.

Verksamheten strävar efter att kontaktpersonerna ska erbjuda brukaren en timmes egen tid per vecka. Vid intervjuer framkommer dock att personalen inte alltid hinner genomföra egentiden, även när den planeras och schemaläggs.

### **Aktiviteter och meningsfull tillvaro**

Vid tidigare granskning framkom att personalen, främst på grund av tidsbrist, hade svårigheter med att planera och genomföra sociala aktiviteter. I oktober 2023 anställdes därför en heltidsanställd aktivitetsansvarig, med uppdraget att skapa och erbjuda meningsfulla aktiviteter för brukarna. Aktivitetsansvarig leder ett månatligt aktivitetsråd där utsedda ombud deltar.

Aktiviteter planeras veckovis, med tre gruppaktiviteter dagligen, varav två sker dagtid och en kvällstid. Några av de aktiviteter som erbjuds är målarverkstad, bingo, fredagspub och högläsning. Dessutom erbjuds sittgymnastik två gånger i veckan av sjukgymnasten. Vid intervjuer och observationer framkommer det att gemensamma kvällsaktiviteter sällan genomförs, och att tillhörande signeringslista är bristfälligt ifylld.

Verksamheten har även startat upp respektive återupptagit samverkan med Ung omsorg och Tyresö kommuns väntjänst som erbjuder promenader, högläsning, allsång och frågesport. Intervjuer påvisar att utbudet och omfattningen av aktiviteter har förbättrats avsevärt sedan aktivitetsansvarig tillträdde. Dessa förbättringar framgår också av resultaten i företagets egna brukarundersökningar samt i den senaste brukarundersökningen som genomförts av Socialstyrelsen.

I samband med utförda observationer på kvällen, uppmärksammas att det saknas tydlighet i rutinerna för att skapa ett lugnt avslut på dagen, och att det finns skillnader mellan våningsplanen i hur brukarna förbereds inför natten. Vissa avdelningar dämpar belysningen och skapar en lugnare atmosfär, medan miljön på andra våningsplan inte ger någon indikation på att det är kväll och att natten närmar sig.

### **Mat och måltider**

Enligt Vardagas koncept, *Mat som hemma*, ska majoriteten av maten lagas från grunden. Utöver maträtten som erbjuds, ska det alltid erbjudas alternativ. Till måltiderna ska det alltid serveras sallad, smör, bröd, tillbehör och dryck.

Under intervjuerna nämns att det tidigare fanns serviceassistenter som avlastade personalen vid måltiderna. Personalen upplever att frånvaron av dessa assistenter har gjort de tidskrävande uppgifterna kring matförberedelser och servering till en stressfaktor.

Under observationerna noteras vissa skillnader i måltidsmiljön mellan de olika avdelningarna. På vissa avdelningar är personalen aktivt delaktig och erbjuder stöd under måltiden, och dukningen framstår som inbjudande. I kontrast upplevs dukningen på andra avdelningar som steril, där personalen utför andra arbetsuppgifter samtidigt, vilket leder till störande ljud. Det observeras även att alla brukare inte erbjuds en bra sittställning under måltider, utan sitter kvar i rullstol eller är bakåtlutade.

Enligt verksamhetens egen brukarundersökning anser majoriteten av brukarna att maten är god och vällagad, vilket överensstämmer med de genomförda observationerna.

## **Brukares uppfattning**

Socialstyrelsen genomför årligen den nationella enkätundersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*<sup>6</sup>

Efter att kommunens äldre- och omsorgsförvaltning föregående år uppmärksammat en lägre nöjdhet, särskilt gällande möjligheten att framföra synpunkter, tryggheten i boendet och bemötande, fick verksamheten i uppdrag att lämna in en analys och åtgärdsplan. Socialt ansvarig samordnare för kommunen har under året följt upp arbetet och rapporterar att verksamheten har arbetat med de identifierade förbättringsområdena. Trots ett relativt lågt deltagande i årets brukarundersökning visar resultaten att förbättringar har skett inom samtliga undersökta områden, även om det sammantagna resultatet är lägre än kommunens övergripande resultat.

Verksamheten genomför även egna brukarundersökningar två gånger om året. Under intervjuer framkommer det att verksamheten aktivt strävar efter att öka brukarnas nöjdhet med bemötandet, och de senaste resultaten från brukarundersökningen visar en övervägande positiv trend.

För att öka brukarnas delaktighet i verksamhetens arbete bjuds alla in till boenderåd tre gånger om året. Aktivitetsansvarig, som leder rådets genomförande, beskriver att brukarna har i samband med detta uttryckt önskemål om olika aktiviteter och framfört synpunkter kring arbetet i verksamheten.

## **Rutiner och arbetsmetoder**

### **Rutiner**

Verksamheten har skriftliga rutiner som bland annat beskriver hur arbetet ska utföras. Under intervjuer och observationer framkommer det dock att personalen inte vet var dessa rutiner finns, utan hänvisar i huvudsak till utskrivna kopior på avdelningarnas expeditioner och till checklistor som används i det dagliga arbetet.

I syfte att planera och fördela dagens insatser, har varje våningsplan ett morgonmöte tillsammans med sjuksköterska och även gruppchef om denne är i tjänst. För att underlätta arbetet ska ett dagblad användas. Vid granskningen framgår att dagbladet endast används sporadiskt.

### **Mötesstruktur**

Verksamheten har arbetsplatsträffar (API) en gång i månaden, varav två är obligatoriska för personalen. Vid observation noteras ett lågt deltagande bland personalen och att bemanningen inte möjliggör en högre närvaro.

En gång i veckan samlas hälso- och sjukvårdspersonalen med övrig personal för att skapa en gemensam helhetsbild av den enskildes behov och insatser. Observationer visar att det finns utmaningar med att samla personalen och att det råder en bristande struktur i genomförandet.

---

<sup>6</sup> [Socialstyrelsen, Öppna jämförelser – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?](#)

Verksamheten har månadsvisa möten där representanter från olika områden diskuterar brukarnas behov av inkontinensskydd, kost och aktiviteter.

### **Skydd- och begränsningsåtgärder**

I verksamheten finns det olika skydds- och begränsningsåtgärder, såsom stängda dörrar, larm och sänggrindar. Observationer och intervjuer visar att det förekommer diskussioner i tvärprofessionella team kring användningen. Dock tyder bristen på ett strukturerat arbete, bland annat med BPSD, på att verksamheten skulle kunna arbeta mer aktivt för att minska och förebygga användningen av skydds- och begränsningsåtgärder.

### **Social dokumentation<sup>7</sup>**

Personalen dokumenterar i verksamhetssystemet SafeDoc.

Flertalet i personalen beskriver att det kan vara utmanande att hitta tid för att skriva och läsa dokumentationen. Utsedda dokumentationsombud ansvarar för att regelbundet genomföra egenkontroller samt stötta personalen i frågor som rör dokumentation. Brukarens kontaktperson ansvarar för att upprätta och, vid behov, revidera genomförandeplanen.

Vid granskning av dokumentationen framgår det att majoriteten av brukarna har en uppdaterad genomförandeplan. Planen är strukturerad utifrån ICF<sup>8</sup> och dess kategorier, vilket ger en tydlig översikt över brukarnas funktionsförmåga och hur insatserna ska genomföras. Löpande journalanteckningar innehåller relevant information och beskriver insatsernas genomförande samt händelser av vikt. Fysiska akter bevaras på expeditionerna, men förvaras inte på ett sätt som förhindrar obehörig åtkomst.

### **Systematiskt kvalitetsarbete**

#### **Lex Sarah**

Majoriteten av personalen har kännedom om begreppet lex Sarah, men kan inte beskriva dess innebörd.

#### **Avvikelser, synpunkter och klagomål**

Det finns skriftliga rutiner som beskriver avvikelshanteringsprocessen.

Personalen har god kännedom om rutinerna och rapporterar regelbundet in avvikelser. Vissa upplever dock att händelserna inte alltid hanteras och att de ibland saknar återkoppling kring vidtagna åtgärder. Som ett resultat ifrågasätter några syftet med att fortsätta rapportera vissa typer av avvikelser, särskilt de som rör bemanning eller brister i verksamheten.

---

<sup>7</sup> [Socialstyrelsen. Dokumentation – Vad ska dokumenteras i socialtjänsten?](#)

<sup>8</sup> Internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) är ett omfattande ramverk som utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO) för att standardisera information om hälsa och funktionshinder.

Brukare och besökare kan lämna synpunkter och klagomål både skriftligt och muntligt. I intervjuer framkommer att de flesta inrapporterade synpunkter och klagomål gäller städning samt hantering av brukarnas kläder.

## Analys

Kombinationen av låg bemanning, en stor andel vikarier och timanställda i det dagliga arbetet resulterar i kvalitetsbrister inom de flesta av de undersökta områdena. I intervjuer påpekar personalen att bemanningen inte är tillräcklig för att möta de ställda kraven.

I avtalet framgår även att utföraren ska sträva efter en hög personalkontinuitet och en hög tillgänglighet av personal. Dessutom förväntas utföraren säkerställa att verksamheten fortsätter att upprätthålla kvalitet och säkerhet även vid personalfrånvaro, såsom vid sjukdom. Verksamheten har hittills under året en genomsnittlig sjukfrånvaro på 4,9 procent, vilket är lägre än den genomsnittliga sjukfrånvaron för sektorn i Sverige<sup>9</sup>.

Trots detta, indikerar utförda observationer på att verksamheten har svårigheter att tillhandahålla en personcentrerad vård för varje enskild brukare. Den bristande personalkontinuiteten skapar utmaningar för att upprätthålla kvalitet och säkerhet. Det högre antalet timanställda och vikarier leder till brister i samarbetet och följsamheten till rutiner, eftersom mycket av ansvaret faller på den ordinarie personalen.

För närvarande saknas rikstäckande riktlinjer som fastställer en miniminivå för bemanning. Det finns dock rapporter som anger ett önskat antal medarbetare för att kunna erbjuda god vård och omsorg. Enligt en rapport rekommenderas det exempelvis 1,1 årsarbetare per äldre person i demensboenden, eller en anställd för varje tre äldre under dagtid<sup>10</sup>.

I förfrågningsunderlaget anges personaltätheten som ett utvärderingskriterium, där viktningen av täthetstalet ligger mellan 0,60 och 0,75 där 0,60 årsarbetare per brukare bedöms vara det lägsta antalet för att säkerställa god omsorg och omvårdnad. Verksamheten redovisar ett antal på 0,552 årsarbetare per brukare, vilket är godkänt enligt avtal.

Enligt Socialtjänstförordningen (2001:937)<sup>11</sup> ska det, utifrån den enskildes aktuella behov, finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Bemanningen nattetid där en personal arbetar per våningsplan, kan medföra att de trots tillgängliga hjälpmedel som rörelselarm inte kan garantera detta. Även observationer utförda dagtid tyder på att det finns utmaningar med att säkerställa följsamhet till förordningen.

---

<sup>9</sup> I Sverige har genomsnittlig sjukfrånvaro för vård- och omsorgspersonal legat mellan 6-10 % under de senaste åren, vilket är något högre än det nationella genomsnittet för alla sektorer, som ligger kring 4-6 %.

<sup>10</sup> [Äldrecentrum - Lämplig bemanning i boende särskilt avsett för personer med demenssjukdom](#)

<sup>11</sup> [Socialtjänstförordning \(2001:937\)](#)

Majoriteten av personalen upplevs ha god kompetens för uppdraget. Verksamheten måste dock säkerställa att den uppfyller de krav som ställs för Silviacertifieringen och att personalens kunskap om demenssjukdomar och deras bemötande utvecklas. Även följsamheten till avtalet gällande anslutning och registrering i BPSD måste säkerställas i syfte att förbättra omsorgens kvalitet och öka förståelsen för demenssjukdomar.

Verksamheten har en välfungerande struktur för planering och genomförande av aktiviteter, men brister uppstår när aktivitetsansvarig inte är i tjänst. Dessa brister kan härledas till tidsbrist och efterföljande bortprioritering. Måltidsmiljön varierar mellan våningsplanen, och det är viktigt att säkerställa att alla brukare erbjuds en meningsfull och trivsamt måltidssituation, oavsett deras behov och förutsättningar. Maten bedöms dock vara god och vällagad.

Trots att det finns uppdaterade rutiner och en tydlig struktur, är personalens kännedom om dessa bristfällig. Vissa avvikelser indikerar en otillräcklig följsamhet till rutinerna, vilket kompenseras genom utskrivna lappar och dubbeldokumentation. Även flera signeringslistor har införts i syfte att säkerställa att insatser planeras och utförs. Dock är dessa ofta ofullständigt ifyllda, vilket kan förklaras av bristande kontinuitet bland personalen och att det skriftliga stödet prioriteras bort på grund av tidsbrist.

Det finns en tydlig och upprättad mötesstruktur, men personalen ges inte tillräckliga förutsättningar att förbereda sig och delta. Eftersom endast två APT-möten per år är obligatoriska, leder detta till ett lågt deltagande vid övriga APT-möten, vilket kan innebära att viktig information inte sprids.

Den sociala dokumentationen bedöms vid granskningen vara välfungerande, där majoriteten av brukarna har aktuella genomförandeplaner och det finns löpande journalanteckningar som beskriver insatsernas utförande samt eventuella händelser och avvikelser.

Trots detta upplever personalen en utmaning med att ha tid för att dokumentera och ta del av dokumentationen. Avsaknaden av tid för överrapportering mellan arbetspassen medför att personalen kompenserar för detta genom att komma tidigare till sina arbetspass.

Organisationsstrukturen med gruppchefer på varje våningsplan skapar förutsättningar för ett nära ledarskap. Trots detta finns det variationer i personalens tillit och förtroende till ledningsfunktionerna. Samarbetet med legitimerad personal beskrivs vara välfungerande och det finns en mötesstruktur som ska ge förutsättningar till ett tvärprofessionellt arbete.

Personalen har god kännedom om avvikelseprocessen, och granskningen visar att oönskade händelser dokumenteras. Verksamheten behöver dock säkerställa att avvikelserna åtgärdas och att personalen blir mer delaktig i arbetet.

Personalen har varierad kunskap och kännedom om lex Sarah. Verksamheten måste säkerställa att all personal har kännedom om lex Sarahs innebörd och rapporteringsskyldigheten som åligger dem.

## **Diskussion**

Verksamheten har tidigare granskats vid tre tillfällen. Sedan den senaste granskningen 2019, har det skett en större personalomsättning både inom ledning, omsorgspersonal och bland legitimerad personal. Verksamheten upphandlades på nytt under 2023, vilket har resulterat i vissa förändringar i avtalet. Det är dock fortfarande möjligt att jämföra den aktuella granskningen med tidigare granskningars resultat.

Vid granskningen 2019 framhölls att genomförandeplanerna höll god kvalitet och inkluderade en beskrivning av nattinsatser. Den aktuella granskningen visar samma resultat. Däremot uppmärksammas, likt tidigare, behovet av att förvara fysiska akter på ett sätt som förhindrar obehörig åtkomst.

Den tidigare granskningen påpekade att arbetet med sociala aktiviteter bör ses över. Den aktuella granskningen indikerar att verksamheten har gjort betydande förbättringar när det gäller aktiviteter, både i omfattning och kvalitet.

Den tidigare granskningen påpekade även att nattbemanningen bör anpassas efter brukares behov. Vid tidigare granskning var antalet årsarbetare 30,6. Siffran är idag lägre och nuvarande bemanning kan inte garantera att personalen utan dröjsmål upptäcker och hjälper brukare som behöver stöd.

Tidigare granskning betonade att personalens delaktighet i kvalitetsarbetet bör stärkas. Den aktuella granskningen indikerar att det kvarstår ett behov av att skapa förutsättningar för att personalen ska kunna delta i möten och öka deras delaktighet i kvalitetsarbetet.

Vid den tidigare granskningen hade all tillfrågad personal kännedom om anmälningsskyldigheten enligt lex Sarah. I den aktuella granskningen framkommer att kunskapen om lex Sarah måste förbättras.

## **Slutsats**

Verksamhetens kvalitet påverkas av ett flertal faktorer som bland annat låg bemanning och återkommande frånvaro. Bemanningen bedöms inte vara anpassad till brukares behov, vilket påverkar bland annat kontinuitet och rutinföljsamhet. Trots personalens goda kompetens finns ett behov av mer utbildning inom lex Sarah och ett mer strukturerat arbete kring demenssjukdomar.

Aktivitetsstrukturen är välorganiserad, men kvällsaktiviteter prioriteras ofta bort på grund av tidsbrist. Måltidssituationen och kvällsmiljön skiljer sig mellan våningsplanen och personalens följsamhet till rutinerna behöver stärkas. Den sociala dokumentationen är dock av god kvalitet. Avvikelser dokumenteras väl, men uppföljning och adekvata åtgärder behöver säkerställas. Begränsade förutsättningar för mötesdeltagande kan leda till bristande informationsspridning.

## **Rekommendationer**

Resultaten av granskningen återkopplas muntligt och skriftligt till verksamhetschefen som ges möjlighet att faktagranska innehållet innan rapporten färdigställs. Rapporten överlämnas sedan till ansvarig förvaltning, som tar beslut om eventuella åtgärder verksamheten behöver vidta. Slutligen sker en återrapporering av granskningen till den ansvariga nämnden.

## Källförteckning

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:12) Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre
- Socialtjänstlagen
- Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (artikelnummer 2017-12-2)