

Granskningsrapport

Datum 20151110

Dnr: 2015/KS0426

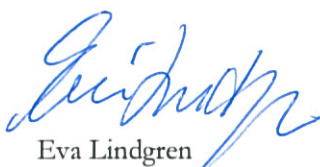
Syrenen

Verksamhetsform: Kommunal regi

Chef: Camilla Johansson

Kvalitetsgranskningen genomfördes: 20150609 – 20150915

Granskningen genomförd av:



Eva Lindgren

Kvalitetscontroller

linda.vikman@tyreso.se



Linda Vikman

Kvalitetscontroller

eva.lindgren@tyreso.se

Granskningsrapporten godkänns och överlämnas till socialförvaltningen för eventuella åtgärder med anledning av granskningen.

Tyresö den 2015-11-10



Catrin Ullbrand

Chef kvalitetsenheten

Innehållsförteckning

Sammanfattning av granskning Syrenen.	4
1 Syfte	5
2 Metod	5
3 Verksamhetens förutsättningar (strukturkvalitet)	6
3.1 Om verksamheten	6
3.2 Lokaler och miljö	6
3.2.1 Bedömning av miljön	7
3.3 Ledning	7
3.3.1 Bedömning av ledning	8
3.4 Personal och bemanning	8
4 Arbetet i verksamheten (Processkvalitet)	9
4.1 Bemötande, självbestämmande och inflytande	9
4.1.1 Bedömning av bemötande, självständighet och inflytande	10
4.2 Social dokumentation	10
4.2.1 Bedömning av bemötande, självständighet och inflytande	11
4.3 Kontaktmannaskap	11
4.3.1 Bedömning av kontaktmannaskapet	11
4.4 Meningsfull tillvaro	11
4.4.1 Bedömning av meningsfull tillvaro	11
4.5 Mat och måltider	12
4.5.1 Bedömning av mat och måltider	12
4.6 Anhörigas och boendes omdöme om verksamheten	13
5 Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)	13
5.1 Trygg och säker verksamhet	13
5.1.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet	14
5.2 Kvalitetsarbete	14
5.2.1 Resultat av brukarundersökning	14
5.2.2 Bedömning av kvalitetsarbete	15
6 Referenser	16

Sammanfattning av granskning Syrenen.

-  Personalen anpassar sitt förhållningssätt utifrån de boendes behov och förutsättningar.
-  Genom att använda omsorgsmåltider mer genomarbetat kan måltidssituationen förbättras.
-  Den löpande dokumentationen behöver utvecklas och få ett tydligare fokus på de boende.
-  Enhetsplan för 2015 saknas.
-  Aktuell genomförandeplan behöver upprättas för samtliga boende.

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 kvalitetscontroller vid kvalitetsenheten, Medborgarfokus.

2 Metod

Under granskningsperioden används främst observationer som metod. Att arbeta med observationer innebär att en kvalitetscontroller vistas på enheten vid ett antal tillfällen och under flera timmar per tillfälle för att få en bild av hur verksamheten fungerar under hela dygnet.

Under observationen iakttas bland annat:

- inflytande
- tillräcklig hjälp
- personalens bemötande och agerande
- trygghet
- måltider
- meningsfull sysselsättning

Under granskningsperioden görs både anmälda och oanmälda verksamhetsbesök.

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

Resultatet av granskningen återkopplas både muntligt och skriftligt till verksamheten som också har möjlighet att faktagranska innehållet innan rapporten färdigställs. Rapporten överlämnas sedan till socialförvaltningen som avgör vilka åtgärder verksamheten eventuellt behöver vidta. Den färdiga rapporten anmäls till socialnämnden och publiceras på www.tyreso.se.

Bedömningen av verksamhetens kvalitet vägs samman av:

- **Verksamhetens förutsättningar (strukturkvalitet)**
Granskningen utgår från gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter, kommunens riktlinjer och gällande avtal.
- **Arbetet i verksamheten (processkvalitet)**

Processer, rutiner och arbetssätt beskrivs och bedöms i förhållande till uppdraget.

- **Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)**
Granskningen 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

Syrenen ingår i Björkbackens äldrecentrum som är Tyresö kommuns största vård- och omsorgsboende. Björkbackens äldrecentrum omfattar flera olika verksamheter och leds av en avdelningschef och där finns tillgång till restaurang, bibliotek, hår- och fotvård, vaktmästare samt öppen dagverksamhet.

Syrenen är en verksamhet som vänder sig till personer med demenssjukdom och har plats för 26 boende fördelat på 24 rum. För att få boende på Syrenen krävs ett biståndsbeslut från kommunens biståndshandläggare. Beslutet fattas enligt Socialtjänstlagen (SoL) fjärde kapitlet första paragrafen, den så kallade biståndsparagrafen.² Verksamheten drivs med utgångspunkt från gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt Tyresö kommuns mål och styrdokument.

Vid tidpunkten för granskningen hade verksamheten avtal med Familjeläkarna, Saltsjöbaden, gällande läkarinsatser. Läkarbesök med rond sker varje vecka.

3.2 Lokaler och miljö

De gemensamma utrymmena på Syrenen är rymliga och det finns gott om plats för att anordna olika aktiviteter för de boende. Lokalerna är inte helt anpassade efter målgruppens behov genom att de till stor del består av långa korridorer. Att vistas i institutionsliknande miljöer kan förstärka beteendemässiga och psykiska symptom hos personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen). Boendemiljöns utformning är viktig för de boendes välbefinnande, orienterbarhet och känsla av meningsfullhet. Utanför huset finns goda möjligheter till utevistelse både på en innergård, och på flera sidor av huset. Det finns även möjlighet till utevistelse på boendegruppernas stora inglasade balkonger.

Enhetschefens och sjuksköterskornas kontor ligger mitt i enheten där också personalen har ett kontor utrustat med datorer. Vid entrén finns en stor

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

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

möblerad hall, ett sällskapsrum och ett kök där mellanmål, tillbehör och liknande tillreds. Maten som serveras kommer från restaurang Utsikten.

Verksamheten på Syrenen är uppdelad i två boendegrupper belägna på samma våningsplan. Varje boendegrupp har plats för 13 boende.

På Syrenen finns förutom 22 enkelrum också två dubbelrum. Boenderummen har inte fullgod boendestandard i alla delar. Utöver de som delar dubbelrum delar också två av de boende på varje sida hygienutrymme. Inget av boenderummen har eget kök eller trinett och det är inte heller förberett för det.

Dubbelrum är enligt de nationella riktlinjerna för personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen), inte att rekommendera eftersom att dela personliga utrymmen kan förvärra oro och agiterande beteende. Enligt de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom ska boende för personer med demenssjukdom vara småskaligt³.

Inne i respektive boendegrupp finns en anslagstavla där dagens matsedel och aktiviteter står uppskriven och även namnen på de personer som arbetar aktuell dag. Vid tidpunkten för granskningen var informationen inte alltid uppdaterad.

3.2.1 Bedömning av miljön

Inomhusmiljön har en institutionsliknande utformning och några av boenderummen saknar eget hygienutrymme.

De boende har goda möjligheter till utevistelse.

3.3 Ledning

Enheten leds av en enhetschef som förutom Syrenen även har ansvar för ett korttidsboende för personer med demenssjukdom. Enhetschefen har arbetat på enheten sedan början av 2013. Hon är sjuksköterska med flera års erfarenhet från arbete som chef i en annan kommunal verksamhet och hon har vidareutbildning inom flera områden, bland annat inom ledarskap och organisation. Hon får stöd i sitt arbete från avdelningschef, kollegor och övrig ledning inom Björkbackens äldrecentrum.

Det är enhetschefen som har det yttersta ansvaret för att planera, leda kontrollera och följa upp insatserna som utförs på Syrenen. Chefen har också ansvar för att utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet inom enheten utifrån principerna i Tyresö kommuns ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.⁴

³ www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom/

⁴ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialförvaltningen, Tyresö kommun

Enligt de tillfrågade medarbetarna är chefen närvarande, konsekvent, tydlig och engagerad i sitt ledarskap. De tillfrågade upplever henne som rättvis med en förmåga att ta tillvara på personalens individuella färdigheter och har förmåga att skapa delaktighet.

3.3.1 Bedömning av ledning

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

3.4 Personal och bemanning

Enheten är dag- och kvällstid bemannad med tre till fyra personal i respektive boendegrupp. Natttid tjänstgör en personal per boendegrupp. Natttid samarbetar de både boendegrupperna med varandra.

Det arbetar totalt tre sjuksköterskor på enheten. Två sjuksköterskor arbetar dagtid och på kvällar och helger ansvarar de även för flera boendegrupper inom Björkbackens äldrecentrum. Sjuksköterskorna har omvårdnadsansvar för de som bor på Syrenen och fungerar som arbetsledare i omvårdnadsarbetet. Verksamheten har också tillgång till en sjukgymnast och en arbetsterapeut som vardera har ca 30 % tjänstgöring på Syrenen.

Varje morgon har personalen en kortare reflektion tillsammans med enhetschefen, en så kallad spegling, vilket personalen upplever som givande. Vid tidpunkten för granskningen utgick speglingen från värdegrundskort som underlag för diskussion. Under hösten 2015 kommer personalen också att få handledning av kommunens demenssjuksköterska.

Det finns avsatt tid för överrapportering mellan arbetspassen.

Vid tidpunkten för granskningen uppgick antalet anställda till totalt 25,6 årsarbetare (28 personer). Bemanningen uppgår till 0,98 årsarbetare (åa) per boende. De yrkesgrupper som är inräknade är sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden (även nattpersonal) samt paramedicinsk personal. Nattsjuksköterskan är inte inräknade ovanstående. Natttid arbetar en sjuksköterska inom hela Björkbackens äldrecentrum.

Ingen avslutade sin anställning på Syrenen under 2015. Under perioden januari – september 2015 var långtidsfrånvaron cirka 11,69 % och korttidsfrånvaron cirka 3,01 %. Totalt under perioden var sjukfrånvaron 14,7 %.

All tillsvidareanställd omvårdnadspersonal har lägst undersköterskeutbildning, motsvarande 900⁵ gymnasiepoäng från omvårdnadsprogrammet. Flera av den tillsvidareanställda personalen har under de senaste åren tagit del av kompetenshöjande utbildningar.

⁵ Socialnämnden s riktmärke för anställning inom äldreomsorgen.

4 Arbetet i verksamheten (Processkvalitet)

Här bedöms de processer och arbetssätt som används i verksamheten för att uppnå de mål som finns i verksamhetens uppdrag. En bedömning görs också av hur verksamheten arbetar för att tillgodose behoven hos den målgrupp som verksamheten riktar sig till.

4.1 Bemötande, självbestämmande och inflytande

Verksamheten arbetar utifrån den nationella värdegrunden för äldre (SoL 5 kap § 4). Samtliga personal deltar i diskussioner rörande värdegrunden bland annat på APT. Ett gemensamt förhållningssätt, baserat på värdeorden, har tagits fram.

Värdegrunden utgår ifrån följande sju områden:

Värdigt liv

1. Rätt till privatliv och kroppslig integritet
2. Möjlighet att upprätthålla sitt självbestämmande
3. Individanpassning och delaktighet i beslut och insatser
4. Insatser av god kvalitet
5. Ett gott bemötande

Välbefinnande

6. En känsla av trygghet
7. Upplevelse av meningsfullhet

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.

Arbetet med att göra en kartläggning av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD), som görs enligt en särskild skattningsskala, har påbörjats. 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.

Samtliga boende på Syrenen har ett omfattande behov av omsorg, stöd och vägledning för att klara sin vardag. Personalen berättar att de har gått ifrån ett rutinstyrt arbetssätt till att istället anpassa insatser utifrån de boendes behov och form för dagen vilket också märktes under granskningsperioden. Vid gransknings tillfällena såg granskarna att personalen även ändrade sitt förhållningssätt beroende på vilken av de boende de vände sig till.

4.1.1 Bedömning av bemötande, självständighet och inflytande

Personalen anpassar insatserna och sitt förhållningssätt utifrån varje boendes behov och förutsättningar.

4.2 Social dokumentation

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

En genomförandeplan är ett dokument baserat på vad den enskilde, anhöriga och kontaktman kommit överens om gällande hur de beviljade insatserna ska utföras. Genomförandeplanen är grunden för de insatser som ska utföras och målsättningen ska utgå från det/de mål som biståndshandläggaren formulerat i uppdraget. I planen ska det framgå när och hur den enskilde vill ha stödet och på vilket sätt det ska genomföras. I uppdraget från biståndshandläggaren står *vad* som ska utföras, men i genomförandeplanen ligger fokus på *hur* de beviljade insatserna ska utföras.

Samtliga boende har en egen pärm där all dokumentation som skrivs av omsorgspersonalen, både enligt socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL), förvaras. Kopia av uppdraget från biståndshandläggaren förvaras under SoL fliken vilket ger möjlighet för personalen att på ett enkelt sätt ta del av målsättning och övrig information från biståndshandläggaren. Pärmarna förvaras inne på personalens kontor som alltid har låst dörr vilket innebär att enheten uppfyller Socialstyrelsens krav på förvaring av dokumentation.

De granskade planerna var av varierande kvalitet och i flertalet saknades en beskrivning av hur den enskilde eller företrädare varit med och påverkat innehållet i planen. I de flesta av de granskade planerna förekom medicinska termer och förkortningar.

I några av planerna fanns detaljerade beskrivningar av den enskildes behov och önskemål medan beskrivning nästan helt saknades i andra. Några av planerna var föredömligt skrivna och där framgick bland annat personliga mål med insatserna, hur och när insatsen ska utföras samt vilket klockslag. Alla boende hade inte en uppdaterad genomförandeplan och i några fall saknades den helt.

Den löpande dokumentationen var i de flesta fall bristfällig och det gick oftast inte att följa viktiga händelser. I flera fall saknades uppföljande anteckningar efter att något inträffat. Det gör att det inte går att utläsa vad som hänt efter

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

exempelvis ett fall eller en sjukdomsperiod vilket försvårar möjligheterna att följa upp insatser. I den löpande dokumentationen förekom också värderande anteckningar och information som enbart riktade sig till personalen och saknade relevans för den boende.

4.2.1 Bedömning av social dokumentation

Aktuell genomförandeplan behöver upprättas för samtliga boende.

Den löpande dokumentationen behöver utvecklas och få ett tydligare fokus på de boende.

4.3 Kontaktmannaskap

Kontaktmannaskapet fördelas bland den tillsvidareanställda personalen. Samtliga boende har också en vice kontaktman. Kontaktmannen har det övergripande ansvaret för den boendes omsorg, kontakt med anhöriga och allt praktiskt runt den boende samt för att skriva och uppdatera genomförandeplanen. Samtliga av den tillfrågade omsorgspersonalen hade kunskap om kontaktmannens uppdrag. Flertalet av de tillfrågade anhöriga hade kännedom om vem som var kontaktman och dennes uppdrag.

4.3.1 Bedömning av kontaktmannaskapet

Enheten har ett fungerande system för kontaktmannaskapet.

4.4 Meningsfull tillvaro

Information om vilka aktiviteter som erbjuds under veckan finns uppsatt på anslagstavlan i gemensamma utrymmen. De boende erbjuds någon form av aktivitet, antingen i huset eller inne i respektive boendegrupp, alla vardagar. Löpande, inplanerade aktiviteter blev under granskningsperioden inte alltid av och på helgerna förekom inga organiserade gemensamma aktiviteter.

Varje måndag har träffpunkten Komm-In dans för boende med demenssjukdom och två gånger i veckan erbjuds rörelseglädje, en form av sittgymnastik. En gång i veckan kommer deltagare från frivilligorganisationer för att ta med boende ut på promenad.

Vid flera tillfällen under granskningsperioden förekom aktiviteter där både boende och anhöriga deltog. Som exempel kan nämnas grillning på innergården, kräftskiva och chokladprovning. Dessa aktiviteter var välbesökta och mycket uppskattade. De boende besökte också en personal i dennes sommarstuga och blev där bjudna på lunch.

4.4.1 Bedömning av meningsfull tillvaro

Verksamheten behöver arbeta mer strukturerat med aktiviteter för att öka de boendes känsla av meningsfullhet.

4.5 Mat och måltider

Frukosten börjar serveras klockan 8.30 och de boende serveras allt eftersom de kommer upp. De personer som så önskar får istället frukosten serverad i sin lägenhet. Om någon behöver matas får de hjälp av den person som har hjälpt dem med morgonhygien. De boende blir sällan tillfrågade om vad de ville ha att äta och de fick inte vid något tillfälle under granskningstiden själva bre en smörgås eller hålla upp filen.

Lunchen serveras klockan 12.00 och de flesta boende äter i det gemensamma matrummet. Det finns två rätter att välja mellan. Varken bröd eller andra tillbehör fanns under granskningsperioden på borden. Maten serveras från karotter stående på en vagn i matrummet. De boende tar inte själva sin mat utan den läggs upp av personalen och får sällan frågan om vad de vill dricka och hur mycket mat de vill ha. De personer som vill äta inne i sina rum får en bricka av personalen. Maten levereras varm från restaurang Utsikten.

Middagen serveras klockan 16.30 på samma sätt som lunchen. De boende får oftast inte frågan om hur mycket mat de vill ha eller vad de önskar dricka.

Vid samtliga måltider under dagen var det tyst och lugnt. Enligt instruktioner på anslagstavlan inne på Syrenen används omsorgsmåltider⁷ men vid granskningstillfällena tog personalen istället sin mat efter att de boende ätit färdigt. Vid en omsorgsmåltid sitter personalen och äter tillsammans med de boende i syfte att fungera som förebilder.

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

Om någon av de boende inte tycker om den mat som serveras finns möjlighet att få något annat vilket också hände vid flera tillfällen under granskningsperioden.

Måltiderna kan utvecklas och anpassas mer efter målgruppens behov, så att de blir mer av en vardagsaktivitet och en höjdpunkt på dagen. Den sociala stimulansen kan ökas genom att personalen mer aktivt bidrar till att skapa och upprätthålla samtal under måltiderna och genom att mer medvetet använda metoden omsorgsmåltider.

4.5.1 Bedömning av mat och måltider

Genom att använda omsorgsmåltider mer genomarbetat kan måltidssituationen förbättras.

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

4.6 Anhörigas och boendes omdöme om verksamheten

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

Samtliga tillfrågade anhöriga var mycket nöjda med omsorgen på Syrenen. Flera uttryckte att de var förvånade över att det finns så bra omsorg. De visste vem de skulle vända sig till med eventuella synpunkter och klagomål och de hade god kontakt med personalen. De flesta hade aldrig haft anledning att ta kontakt med enhetschefen eftersom de tyckte att kontakten med personalen och sjuksköterskan var tillräcklig. Flera poängterade att de uppskattar de aktiviteter som anordnas för boende och anhöriga tillsammans. Som exempel kan nämnas en gemensam kräftskiva och en grilllunch.

Vid granskningstillfällena träffade granskarna ett antal anhöriga som då tillfrågades om hur de upplever omsorgen på Syrenen. Några intervjuer gjordes också över telefon. Totalt intervjuades anhöriga till drygt hälften av de boende.

5 Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)

Verksamhetens kvalitet ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, kontinuerligt och systematiskt dokumenteras, följas upp, utvärderas och utvecklas.

5.1 Trygg och säker verksamhet

Uppdaterade rutiner inom relevanta områden finns. Personalen har kännedom om rutinerna och tillämpar dem.

Flera av de boende på Syrenen är motoriskt oroliga och går ofta in i andra boendes rum vilket påverkar de boendes trygghet och kan leda till konflikter mellan boende. Enhetschefen menar att verksamheten kan bli tryggare för de boende genom att använda så kallade hotellås. Med hotellås menas ett lås på dörren som gör att den alltid kan öppnas inifrån men inte utifrån.

Samtliga boende har någon form av larm inne i sitt rum. De larm som används är trygghetslarm, rörelselarm eller larmmatta. Andra typer av begränsningsåtgärder som exempelvis brickbord används sparsamt och är precis som larm alltid ordinerade av paramedicinsk personal. Den tillfrågade personalen hade kännedom om hur begränsningsåtgärder får användas.

All personal blir informerad om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah vid nyanställning och en gång per år. Samtliga intervjuade hade god kännedom om Lex Sarah och berättade att de skulle ta upp händelsen med verksamhetschefen/sjuksköterskan.

5.1.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet

Säkerheten för de boende behöver förbättras för att de boende ska vara trygga i sin bostad.

5.2 Kvalitetsarbete

Det finns ett kvalitetsråd på Björkbackens äldrecentrum som träffas en gång i månaden och består av avdelningschef, enhetschefer, sjuksköterskor och representanter från omsorgspersonalen. Rådet diskuterar avvikelser och händelser i verksamheten och resultatet av diskussionen tas sedan upp på APT. Enheten saknar enhetsplan för 2015.

Där finns också ett matråd med representanter från samtliga boendegrupper inom Björkbackens äldrecentrum samt enhetschefer och representanter från restaurang Utsikten. Varken boende eller anhöriga är representerade i något av råden.

Biståndsenheten har ansvar för uppföljning av den enskildes vistelse på Syrenen vilket innebär att det är handläggarnas ansvar att se till att målet med vistelsen uppnåts. Samtliga tillfrågade sjuksköterskor uppgav att samarbetet med biståndsenheten fungerar bra.

5.2.1 Resultat av brukarundersökning

Socialstyrelsen har under 2015 undersökt äldres uppfattning om äldreomsorgen inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende. Enligt Socialstyrelsen har en majoritet av de äldre på boende har inte kunnat svara själva, utan svaren har istället lämnats av anhöriga. Som tabellen nedan visar är de boende på Syrenen mer nöjda än Tyresö i övrigt med undantag av trivselen med den egna lägenheten.

Fråga från Socialstyrelsens brukarundersökning 2015	Riket	Tyresö	Syrenen
Trivs med sitt rum/lägenhet	74	74	60
Tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen	65	59	50
Upplever måltiderna som en trevlig stund	69	69	67
Får bra bemötande från personalen	94	95	100

Är sammantaget nöjd med äldreboendet	82	79	73
--------------------------------------	----	----	----

5.2.2 Bedömning av kvalitetsarbete

Boendes och anhörigas möjlighet att vara delaktiga i verksamheten kan förbättras.

Enhetsplan för 2015 saknas.

6 Referenser

Dokument och information som direkt rör verksamheten:

Enhetsplan för Syrenen 2014

Öppna jämförelser, Socialstyrelsen 2015

Brukarundersökning, Socialstyrelsen 2015

Schema – bemanning

Sjukfrånvaro

Personalomsättning

Personalens utbildningsnivå

Process- och rutinbeskrivningar

Litteratur:

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, socialförvaltningen Tyresö kommun 2013

Bostad i särskilt boende är den enskildes hem, Socialstyrelsen 2011

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen 2010

Riktlinjer för biståndshandläggning enligt socialtjänstlagen inom äldreomsorgen i Tyresö kommun, Fastställda av socialnämnden den 15 december 2010, § 1101

Reviderade den 30 januari 2013, § 1003, Socialnämnden Tyresö kommun

Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende, Svensk standard SS 872500:2015, Swedish Standards Institute 2015

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