

Granskningsrapport

Datum 20151208

Dnr: 2015/KS0482

Solgläntan

Verksamhetsform: Kommunal regi

Chef: Elvira Avdic

Kvalitetsgranskningen genomfördes: 20151006 – 20151112

Granskningen genomförd av:



Eva Lindgren

Kvalitetscontroller

eva.lindgren@tyreso.se



Linda Vikman

Kvalitetscontroller

linda.vikman@tyreso.se

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

Tyresö den 2015-12-08



Catrin Ullbrand

Chef kvalitetsenheten

Innehållsförteckning

	Sammanfattning av granskning Solgläntan.....	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
3.4.1	Bedömning av personal och bemanning	8
4	Arbetet i verksamheten (Processkvalitet).....	8
4.1	Bemötande, självbestämmande och inflytande	9
4.1.1	Bedömning av bemötande, självständighet och inflytande.....	9
4.2	Social dokumentation.....	9
4.2.1	Bedömning av bemötande, självständighet och inflytande.....	10
4.3	Kontaktmannaskap.....	10
4.3.1	Bedömning av kontaktmannaskapet	10
4.4	Meningsfull tillvaro.....	10
4.4.1	Bedömning av meningsfull tillvaro.....	11
4.5	Mat och måltider.....	11
4.5.1	Bedömning av mat och måltider.....	11
4.6	Anhörigas och gästernas omdöme om verksamheten	12
5	Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet).....	12
5.1	Trygg och säker verksamhet.....	12
5.1.1	Bedömning av trygg och säker verksamhet.....	12
5.2	Kvalitetsarbete.....	12
5.2.1	Bedömning av kvalitetsarbete.....	13
6	Referenser.....	14

Sammanfattning av granskning Solgläntan.

-  Personalen anpassar aktiviteter, bemötande och förhållningssätt utifrån varje gästs olika förutsättningar.
-  Genom att personalen använder metoden omsorgsmåltider bidrar de till att gästerna kan behålla och stärka sin självständighet och värdighet.
-  Det saknas struktur för reflektion/spegling.
-  Enhetsplan för 2015 saknas.
-  Verksamheten behöver upprätta en hållbar struktur för att systematiskt arbeta med kvalitetsarbete.
-  Verksamheten behöver upprätta rutiner för samtliga relevanta områden.
-  Den sociala dokumentationen behöver utvecklas i samtliga delar.

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 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, gäster och anhöriga samt en genomgång av de dokument som rör verksamheten. Den sociala dokumentationen som rör gästerna 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

Solgläntans dagverksamhet för personer med demenssjukdom är en kommunal verksamhet och ingår i Björkbackens äldrecentrum. Björkbackens äldrecentrum omfattar flera olika verksamheter och leds av en avdelningschef. Solgläntan ligger i Tyresö centrum, en bit från Björkbackens äldrecentrum.

Solgläntan är en verksamhet som vänder sig till personer med demenssjukdom som bor i ordinärt boende. Verksamheten har plats för 25 gäster per dag och vid granskningstillfället var cirka 50 personer inskrivna i verksamheten. För att få plats på Solgläntan krävs ett biståndsbeslut från kommunens biståndshandläggare i samråd med kommunens demenssjuksköterska. Beslutet fattas enligt Socialtjänstlagen (SoL) fjärde kapitlet första paragrafen, den så kallade biståndsparagrafen.²

Syftet med verksamheten är bland annat att bidra till kvarboende och att ge gästerna social stimulans. Dagverksamheten fungerar även ofta som en form av anhörigstöd genom att ge avlastning för den anhörige.

Vid tidpunkten för granskningen väntade nio personer på att få en plats. Verksamheten drivs med utgångspunkt från gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt Tyresö kommuns mål och styrdokument.

3.2 Lokaler och miljö

På dagverksamheten finns förutom kök och ett större matrum några mindre sällskapsrum. Rummen används vid gemensamma aktiviteter som till exempel gymnastik. Lokalerna är svåra att överblicka eftersom de består av flera mindre rum sammanbundna av korridorer. Det finns tre toaletter avsedda för gästerna.

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

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

De är trånga och inte anpassade efter målgruppen vilket innebär svårigheter för personalen att hjälpa de gäster som behöver vid toalettbesöken. Det står även rullatorer och rullstolar i korridorerna vilket försvårar framkomligheten för gästerna.

Personalen har tillgång till två kontorsrum där det finns datorer och möjlighet till dokumentation och samtal.

Ett av de mindre rummen fungerar som avslappningsrum för gästerna. Här kan de vila och lyssna på avslappnande musik eller få taktil massage.³

Verksamheten har tillgång till en inhägnad gård med uteplats som används flitigt under sommarmånaderna.

3.2.1 Bedömning av miljön

Lokalerna är trånga och svåra att överblicka.

Antalet toaletter är inte tillräckligt i förhållande till antalet gäster och de är inte helt anpassade till målgruppens behov.

3.3 Ledning

Dagverksamheten leds av en enhetschef som förutom Solgläntan även har ansvar för Kastanjens som är en boendegrupp inom Björkbackens äldrecentrum. Enhetschefen har ansvaret för verksamheten sedan sommaren 2014. Hon är sjuksköterska med flera års erfarenhet från arbete som chef, både inom både kommunala och privata verksamheter även inom demensområdet. Hon har vidareutbildning som distriktssköterska, ledarskapsutbildning och hon har genomgått flera andra kurser och utbildningar inom olika områden.

Enhetschefen har tillsammans med avdelningschefen och övriga enhetschefer på Björkbackens äldrecentrum en ledningsgrupp. De träffas varje vecka och enhetschefen upplever att de har ett stort stöd av varandra. På Björkbackens äldrecentrum finns också en person som arbetar som kvalitetsutvecklare.

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

Enhetschefen besöker verksamheten minst en gång i veckan och har så gott som dagligen kontakt med personalen. Vid intervjuer och samtal med

³ <http://www.demenscentrum.se/Arbete-med-demens/Metoder-och-arbetsatt/Beroring-taktil-massage/beroring-bristvara/>

⁴ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialförvaltningen, Tyresö kommun

personalen framkommer det att de upplever chefen som tillgänglig, konsekvent, tydlig och engagerad i sitt ledarskap.

3.3.1 Bedömning av ledning

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

3.4 Personal och bemanning

En gång i månaden har personal och enhetschef, uppföljningsmöten tillsammans med kommunens demenssjuksköterska och biståndshandläggare.

Det finns en sjuksköterska som är ansvarig för hälso- och sjukvården i verksamheten.

Mellan klockan 9:00 och 15:00 arbetar sex personer i verksamheten. På morgonen klockan 8:00 – 9:00 och på eftermiddagen klockan 15:00 – 16:00 arbetar fyra personer. På de tider som det inte finns några gäster på plats planerar personalen för kommande aktiviteter, och dokumenterar i kommunens verksamhetssystem, Treserva.

Vid tidpunkten för granskningen uppgick antalet anställda till 5,35 årsarbetare (6 personer) Personalomsättningen är låg, under perioden januari – oktober 2015 har ingen personal avslutat sin anställning. Under samma period var den totala sjukfrånvaron 14,83 procent, varav korttidsfrånvaron var cirka 6,68 procent.

Personalen på Solgläntan saknar struktur för schemalagd reflektion i det dagliga arbetet. För att få stöd för att utveckla sitt arbete, har de under hösten två handledningstillfällen inplanerade tillsammans med kommunens demenssjuksköterska.

All tillsvidareanställd personal är antingen utbildad undersköterska motsvarande 900 gymnasiepoäng⁵ eller vårdbiträde med erfarenhet från arbete med äldre. Flera av personalen har genomgått olika utbildningar inom demensområdet, taktillmassage m.m. Vid granskningstillfället genomförde två av personalen Silviasysterutbildning.

3.4.1 Bedömning av personal och bemanning

Det saknas struktur för reflektion/speglning.

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

⁵ Socialnämnden s riktmärke för anställning inom äldreomsorgen.

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.

På dagverksamheten Solgläntan vistas personer med demenssjukdom och som bor i ordinärt boende tillsammans med närstående eller ensamma. De har behov av anpassat stöd och vägledning för att klara sin vardag. Aktiviteterna på dagverksamheten anpassas utifrån de personer som aktuell dag vistas på verksamheten.

Personalen arbetar individbaserat vilket innebär att de anpassar sitt förhållningssätt och bemötande beroende på vem de vänder sig till. Det är i första hand kontaktmannen som har kontakt med anhöriga och som ansvarar för att upprätta genomförandeplan och följa upp denna.

4.1.1 Bedömning av bemötande, självständighet och inflytande

Personalen anpassar aktiviteter, bemötande och förhållningssätt utifrån varje gästs olika 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

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

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.

Alla gäster har en egen mapp som förvaras inlåst i ett arkivskåp. Samtliga granskade personer innehöll en genomförandeplan. Genomförandeplanerna var bristfälliga och saknade målformuleringar, tillräckliga beskrivningar av vad gästerna behöver hjälp med samt hur hjälpen ska utföras. Den tillfrågade personalen berättade att de upplevde dokumentationen som svår och att de saknade kunskap om hur de ska skriva en genomförandeplan. Samtliga personal menar att de anser att dokumentationen är viktig men att de saknar kunskap att kunna göra det i praktiken. Den löpande dokumentationen var bristfällig och det gick inte alltid att följa eventuella händelser av vikt.

4.2.1 Bedömning av bemötande, självständighet och inflytande

Den sociala dokumentationen behöver utvecklas i samtliga delar.

4.3 Kontaktmannaskap

Kontaktmannaskapet fördelas mellan den tillsvidareanställda personalen på dagverksamheten. Kontaktmannen har ansvaret för att skriva och uppdatera genomförandeplanen samt det övergripande ansvaret för kontakt med anhöriga samt andra verksamheter som aktuella. Samtliga av den tillfrågade personalen hade kunskap om kontaktmannens uppdrag. De tillfrågade anhöriga hade kännedom om vem som var kontaktman och dennes uppdrag.

4.3.1 Bedömning av kontaktmannaskapet

Verksamheten har en fungerande struktur för kontaktmannaskap.

4.4 Meningsfull tillvaro

Det saknas anslagen information till gästerna om bland annat veckans aktiviteter. Det finns heller ingen information om vilken personal som arbetar under dagen.

Det erbjuds flera aktiviteter dagligen beroende på vilka gäster som vistas där. Aktiviteterna utgår från ett på förhand bestämt grundschema. Aktiviteter som erbjuds förutom den gemensamma frukosten och lunchen är till exempel,

promenader i olika grupper, dans, frågesport, tidningsläsning, vila och ibland pingis. Under sommarmånaderna vistas de ofta utomhus på gården då personalen ordnar olika lämpliga utomhusaktiviteter som gästerna önskar.

4.4.1 Bedömning av meningsfull tillvaro

Det saknas skriftlig och anslagen information om vilka aktiviteter som planeras och vilken personal som arbetar under dagen.

Verksamheten har ett varierat utbud av aktiviteter som är anpassade efter målgruppens behov.

4.5 Mat och måltider

Måltiderna är en viktig aktivitet under dagen och övriga aktiviteter planeras utifrån dem.

Gästerna äter alla måltider i allrummet och ett intilliggande rum. Maten som serveras, levereras varm från restaurang Utsikten på Björkbackens äldrecentrum.

Lunchen serveras på utegården så ofta det går och när vädret tillåter.

Dagen börjar med frukost när gästerna kommer till verksamheten. Personalen förbereder frukosten och placerar ut namnskyltar vid borden. De lägger stor vikt vid bordsplacering så att alla gäster ska trivas och för att måltiden ska fungera så bra som möjligt. Frukosten, som serveras cirka klockan 10:00, består av fil, flingor juice, smör bröd och olika sorters pålägg samt te eller kaffe. Gästerna sitter och äter tillsammans med personalen (omsorgsmåltider) vid flera mindre bord i lokalerna. De gäster som har förmågan att servera sig själva får göra det. Om någon behöver stöd vid måltiden tillfrågas de om vilket stöd de vill ha på ett respektfullt och personligt sätt. Frågan ställs på ett sådant sätt att en person med demenssjukdom har möjlighet att svara på den.

Lunchen serveras cirka klockan 13:30. Borden dukas och anpassas till gästernas förutsättningar. Måltidstillbehör som smör, bröd och dryck ställs fram på borden. När personalen beställer varmrätten tar de hänsyn till de önskemål som gästerna har. Det serveras en varmrätt som läggs upp i karotter som ställs fram på en serveringsvagn och personalen lägger upp mat till gästerna. Personalen frågar var och en hur mycket de önskar. Gästerna berättar att de tycker att maten smakar bra och att det är trevligt att äta tillsammans.

Gästerna serveras dessert och kaffe på maten innan det är dags att avsluta dagen och åka hem.

4.5.1 Bedömning av mat och måltider

Genom att personalen använder metoden omsorgsmåltider bidrar de till att gästerna kan behålla och stärka sin självständighet och värdighet.

4.6 Anhörigas och gästernas omdöme om verksamheten

Samtliga av de tillfrågade gästerna och anhöriga uttrycker att de är mycket nöjda med personalens bemötande och med dagverksamheten som helhet. Några anhöriga berättar att deras make/maka ofta frågar efter att åka till dagverksamheten när de är hemma. De ser fram emot att vara där.

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

Verksamheten saknade vid granskningstillfället upprättade rutiner för flertalet relevanta områden.

All personal blir informerade om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah⁷ vid nyanställning och en gång per år enligt de rutiner som verksamheten har. Den tillfrågade personalen hade kunskap om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah.

5.1.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet

Verksamheten behöver upprätta rutiner för samtliga relevanta områden.

5.2 Kvalitetsarbete

Som grund för verksamhetens systematiska kvalitetsarbete finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Enhetschefen har ansvar för att utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet inom enheten utifrån den. Tyresö kommuns eget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet används i verksamheten.

Vid granskningstillfället saknade verksamheten struktur för systematiskt kvalitetsarbete.

Enhetsplan för 2015 saknas.

Socialstyrelsen genomför ingen särskild brukarundersökning inom området dagverksamhet, därför saknas resultat inom området. Enhetschefen planerar dock att genomföra en egen brukarundersökning för 2016, för att ha möjlighet att följa resultaten för verksamheten.

⁷ Socialtjänstlagen 14 kap. 3–6 §§, SOSFS 2011:5, SOSFS 2013:16

5.2.1 Bedömning av kvalitetsarbete

Verksamheten behöver upprätta en hållbar struktur för att systematiskt arbeta med kvalitetsarbete.

Enhetsplan för 2015 saknas.

6 Referenser

Dokument och information som direkt rör verksamheten:

Schema – bemanning

Sjukfrånvaro

Personalomsättning

Personalens utbildningsnivå

Litteratur:

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, socialförvaltningen Tyresö kommun
2013

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

Dagverksamheter för äldre personer – kartläggning 2013, Socialstyrelsen

*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,
LVM och LSS*, SOSFS 2014:5, Socialstyrelsen 2014.