

Verksamhetsuppföljning – Ankaret

Oktober 2016-Mars 2017

Bakgrund

Verksamhetsuppföljning för Ankaret har påbörjats under oktober månad 2016 men sträckt sig in i första kvartalet 2017. I verksamhetsuppföljningen har enhetschef svarat på enkät (Februari 2017), kontroll av dokumentation har genomförts i verksamhetssystem genom akt granskning (November 2016). Observation av verksamheten har gjorts genom besök på enheterna Skeppet och Kajutan under en halvdag per enhet (Oktober 2016). Hälso- och sjukvårdsdelen är exkluderad i denna verksamhetsuppföljning.

Verksamheten

Verksamheten består av ett särskilt boende med 3 enheter varav en enhet, Kajutan, är ett demensgruppboende. Sammanlagt finns 31 lägenheter för särskilt boende på Ankaret. Verksamheten har gott stöd av frivilligorganisationen Ankarets vänner som bland annat har caféverksamhet i byggnaden samt promenerar och samtalar med de boende individuellt eller i grupp beroende på behov och önskemål.

Resultat brukarundersökning

Utifrån den individuella kvalitetsmätningen har resultat kunnat redovisas på Briggen och Kajutan 2016-10-18. Dessa båda enheter uppfyller nämndens krav på kvalitet.

Utifrån Socialstyrelsens öppna jämförelser 2016 framkommer att brukarna på Ankaret ger en stor andel positiva svar, över 85 %, avseende frågan huruvida man fick plats enligt önskemål, hur personen trivs med sin lägenhet, huruvida man upplever det trivsamt utomhus, hur maten brukar smaka, huruvida man upplever måltiderna som en trevlig stund på dagen, upplevelsen av personalens bemötande, hur trygg brukaren känner sig på boendet, vilket förtroende man har för personalen, möjligheten att få kontakt med personalen, hur nöjd man sammantaget är med sitt boende och hur brukaren upplever samarbetet med boendet.

En lite lägre andel av brukarna (70-85%) ger positiva svar avseende hur man trivs i de gemensamma utrymmena, möjligheten att påverka tider för när insatserna utförs, huruvida brukaren upplever att personalen tar hänsyn till åsikter och önskemål samt hur man upplever möjligheterna att komma ut.

En lägre andel positiva svar (50-70%) ger brukarna på Ankaret avseende upplevelsen av om personalen har tillräckligt med tid för att utföra arbetet, huruvida personalen informerar i förväg om tillfälliga förändringar, hur nöjda brukarna är med aktiviteterna på boendet och andelen brukare som vet vart man ska vända sig med synpunkter och klagomål.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar verksamhetsuppföljningen att resultaten i brukarundersökningarna är bra och att brukarna verkar vara nöjda med verksamheten och känner sig delaktiga.

Verksamhetsbesöket visade en verksamhet som i stora delar fungerar bra. Personalen är nyfiken och visar en vilja att utvecklas och göra rätt samtidigt upplevs emellanåt viss frustration och saknad av verktyg för att utvecklas effektivt. Personalen är mån om att respektive brukare ska må bra och

försöker på olika sätt se varje persons behov för att kunna ge livskvalitet. Dokumentationen kring brukaren förs på ett övervägande bra sätt. Genomförandeplaner upprättas och revideras utifrån brukarens behov, journalanteckningar förs fortlöpande kring det dagliga arbetet. Dock visar aktgranskningen på vissa delar av dokumentationen som enheten har behov av att förbättra och förtydliga såväl i den digitala som i den fysiska akten, vad ska dokumentationen innehålla, vad är syftet med det som dokumenteras.

Verksamhetens stora behov bedöms ligga inom områdena riskanalys, egenkontroll, sammanställning och analys. Här behöver verksamheten arbeta vidare för att öka förståelsen av vad områdena innebär enligt SOSFS 2011:9. Verksamheten behöver få stöd med att skapa förståelse för och tydliggöra de olika delarna utifrån det systematiska kvalitetsarbetet för att kunna använda det till att utveckla och kvalitetssäkra verksamheten på ett tydligare och effektivare sätt.

Resultat av besök i verksamhet

Verksamhetsbesöket på enheterna visade en verksamhet som i stort fungerade bra. De brukare undertecknad mötte upplevde sig nöjda med verksamheten i stort. På den ena enheten upplevde dock några av brukarna att det var för lite att göra under sena eftermiddagen. Bemanningen på enheten upplevs vara tillräcklig och det upplevs även av undertecknad kunna finnas tid till mer stimulans för brukarna. I samtal med personalen framkommer att man gör mycket med brukarna som man inte direkt kopplar till frågan om vad man gör för aktiviteter på boendet. Personalen berättar om taktill massage, tidningsläsning, man spelar spel eller kort någon gång, tittar på bilder, dansar och man bakar. Det finns en trehjulad cykel man kan använda, det finns en upplevelsecykel, man går någon gång till affären tillsammans och det sker även gemensamma aktiviteter i huset såsom underhållning av olika slag eller gudstjänst. Personalen på den ena enheten berättar spontant om hur de arbetar, hur de försöker med olika metoder och bemötande för att få arbetet med brukarna att fungera så bra som möjligt. Personalen är nyfikna och upplevs vilja driva verksamheten och kvaliteten framåt. Personalen på den ena enheten berättar att man tidigare hade bestämt vem som skulle ha ansvaret i köket respektive dag och att man tyckte att det var bra att ha det så men att man gått ifrån det när arbetsbelastningen blev högre. Undertecknad upplever att det inte sparar resurser att alla gör sin del i köket eftersom samtliga i personalen istället blir avbrutna för att hjälpa en brukare i annan del av enheten. Det framkommer att det nyligen anställts en aktivitetssamordnare som kommer att dela sin tjänst mellan Ankaret och Borrbyhemmet. Denna person kommer att ha till uppgift att inventera önskemål om aktiviteter från brukarna och försöka skapa aktiviteter på boendet utifrån detta, både individuellt och i grupp är tanken.

På enheterna finns små skyltar att hänga på handtagen för att markera att personal finns närvarande i lägenheten. Skyltarna används inte av någon. Personalen berättar att man oftast vet var kollegorna är ändå. Det finns en knapp för närvaromarkering på larmdisplayerna i respektive lägenhet som man uppger ska användas men den funktionen används inte heller. Personalen kan tillkalla hjälp från varandra genom larmtelefonen eller direkt på larmdisplayen och om du närvaromarkerat kan personalen även tillkalla hjälp genom att trycka på brukarens trygghetslarm. Enligt personalen upplever man inte att det finns ett behov av att närvaromarkera och man har heller inte fått synpunkter från anhöriga om att det skulle vara svårt att vid behov hitta personal.

Personalen i verksamheten verkar till största delen arbeta utifrån de rutiner som gäller även om alla detaljer i rutinerna inte följs alla gånger.

Resultat av aktgranskning

Gällande verksamhetens fysiska akter skiljer det sig kring vad de innehåller. Gemensamt är att samtliga akter innehåller utredning och beslut samt genomförandeplaner men i övrigt skiljer det sig kraftigt. Det framgår att verksamhetens genomförandeplanerna övervägande följs upp minst var 6:e månad.

I verksamheten dokumenterar samtlig personal i journal. Dokumentation av händelser av vikt sker allt mer frekvent. Man behöver i verksamheten dock tänka på syftet med journalanteckningen, så att själva kärnan av det man vill framföra blir tydligt. Personalen uppger själva att det är svårt att veta vad och hur man ska skriva i journal och denna osäkerhet syns också vid granskningen. Personalen behöver få stöd och handledning i dokumentation. Flera av journalanteckningarna bedöms innehålla beskrivningar av hur man ska hjälpa brukaren vilket istället borde finnas i genomförandeplanen och endast en hänvisning i journalanteckningen. Personalen behöver även utbildas för att dokumentera på ett sätt som inte kränker den enskilde. Vissa av journalanteckningarna är på gränsen till att bli kränkande för den enskilde. I en del av journalanteckningarna finns beskrivningar av arbetsmiljöproblem hos enskilda brukare vilket inte hör hemma i brukarens journal.

Verksamheten arbetar med genomförandeplaner på ett bra sätt men vissa moment behöver beskrivas tydligare. I genomförandeplanerna saknas ofta beskrivning av **hur** hjälpen ska ges på natten samt huruvida man ska tillgodose personens önskemål och behov av aktiviteter, hur personen önskar använda sin "egentid". Genomförandeplan ska upprättas senast 14 dagar efter att insats verkställts men det tar oftast betydligt längre tid innan det görs. I samband med uppföljning av genomförandeplanerna behöver man bli bättre på att beskriva vad som uppnåtts i förhållande till målen, inte bara ett ja eller nej svar. I verksamheten behöver man också tydliggöra när planerad uppföljning av genomförandeplanen ska ske. Man behöver bestämma sig för om uppföljningsdatumet ska dokumenteras i journal eller i genomförandeplanen. Av dokumentationen ska det också framgå **på vilket sätt** den enskilde brukaren varit delaktig och haft inflytande på innehållet i genomförandeplanen, inte bara huruvida personen fysiskt varit närvarande eller ej.

Dokument såsom nyckelkvittenser och överenskommelser om kontanthantering förvaras i pärmar hos enhetschefen. Dessa dokument bör med fördel förvaras i brukarens akt för att i så hög grad som möjligt hålla samman dokument kring enskilda brukare. Dokumentation kring flera olika brukare får inte föras samman.

Resultat av enkät

Verksamhetschefen har besvarat enkäten genom att svara på frågorna och beskrivit de moment som efterfrågas. Huvuddelen av de rutiner som gäller i verksamheten är vård och omsorgs gemensamma. I svaren har därför hänvisning till rutinerna på intranätet gjorts istället för att skicka in rutinerna.

Av de beskrivningar som lämnats i efterfrågade moment framgår att det finns en otydlighet i verksamheten kring hur man ska arbeta systematiskt med att upptäcka risker och brister i verksamheten. Det upplevs vara otydligt hur man genom att tydliggöra risker och brister, analysera resultat och föra tillbaka dem i verksamheten, vidta åtgärder, ska driva och utveckla verksamheten framåt. Enligt SOSFS 2011:9 innebär riskanalyser att man ska vara framåtblickande, d.v.s. arbeta förebyggande och ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Detta ska göras fortlöpande.

Utifrån svaren i enkäten upplevs det som att det även är otydligt för verksamheten hur man ska arbeta vidare utifrån resultat som samlas in, övergripande eller i den egna verksamheten, t ex Lex Sara/annan avvikelse, statistik och resultat från enkäter. Man arbetar heller inte med någon

egenkontroll inom området som verksamhetsuppföljningen avser, t ex av dokumentation. Svaren som getts i enkäten visar också på att verksamhetschefen inte har klart för sig vilka delar i verksamheten som hör till vad, arbetsmiljöansvaret, livsmedelshantering eller ansvaret för de delar av verksamheten som bedrivs utifrån socialtjänstlagen. Rutinerna som verksamhetschefen hänvisar till är i flera delar inte relevanta utifrån frågan som ställts i enkäten.

I samtal med verksamhetschefen och i samband med övriga delar av verksamhetsuppföljningen framkommer dock att man i verksamheten ändå arbetar med att upptäcka och samla in flera av delarna som är grunden för att kunna driva det systematiska kvalitetsarbetet men bristen finns i hur materialet och uppgifterna sedan ska hanteras och användas för att systematiskt och effektivt utveckla och höja kvaliteten i verksamheten.

Åtgärder att vidta:

- Bestäm hur ni ska använda närvaromarkeringarna i verksamheten och implementera arbetssättet hos samtlig personal.
- Gå igenom de fysiska akterna och se över så att samtliga brukar akter innehåller de delar som ska finnas där utifrån gällande rutin om vad som ska finnas i akt.
- Skapa tillfällen och möjligheter i vardagen för personalen att kontinuerligt få stöd och hjälp med dokumentation.
- Dokumentation i journal ska föras enligt socialstyrelsens föreskrifter. Anteckningarna ska föras med respekt för den enskilde.
- Utveckla beskrivningarna kring genomförandet av aktiviteter och insatser.
- Hitta arbetssätt för att genomförandeplanerna ska bli upprättade inom 2 veckor efter inflyttning.
- Förse genomförandeplanerna med beskrivning av på vilket sätt den enskilde getts möjlighet till inflytande på innehållet i planen.
- Uppföljningen av genomförandeplanen ska innehålla på vilket sätt målen uppfyllts alternativt i vilka delar målet inte blivit uppfyllt.
- Öka kunskapen och förståelsen för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska användas hos såväl ledning som personal i verksamheten.

Kvarstående punkter från föregående verksamhetsuppföljning 2014:

- * Tydligare arbeta med egenkontroll och upprätta rutiner för att säkerställa detta.
- * Förtydliga arbetet med att sammanställa och analysera avvikelser. (Kvarstår delvis 2016/2017)
- * Förtydliga/tydliggöra en beskrivning av den enskilda verksamhetens arbete enligt SOSFS 2011:9.
- * Tillse så att det framgår av genomförandeplanen hur den enskilde varit delaktig i upprättande, hur den enskilde utövat inflytande över planeringen. Tillse så att målen med insatsen framgår, beskriv tydligare "hur" insatsen ska genomföras. (Kvarstår delvis 2016/2017)
- * Tillse att det framgår av journal när genomförandeplan följt upp, beskriv vad som uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen samt beskriv tydligare på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet. (Kvarstår delvis 2016/2017)

Förslag till beslut

Socialnämnden föreslås besluta

Att verksamhetsområde Ankaret ska återkomma med redovisning av genomförda åtgärder enligt ovan senast den 26/5 2017.

Christina Eriksson	Per Persson
Kvalitetscontroller	Avdelningschef Handläggarenheten
2017-04-03	2017-04-03

Stina Lundquist
Socialchef
2017-04-03

Information till:

Verksamhetschef för Ankaret

Avdelningschef Handläggarenheten social omsorg

Avdelningschef Vård och Omsorg

Svar på åtgärder utifrån verksamhetsuppföljning, Ankaret maj 2017

1. Närvaromarkeringar i verksamheten

Närvaromarkeringen ska användas enligt följande; När medarbetare går in till brukare i dennes lägenhet ska medarbetaren på närvaromarkeraren justera markeringen så att det framgår att det finns medarbetare inne i lägenheten.

Information om att närvaromarkeringen ska användas i verksamheten kommer att ges till samtliga medarbetare, med start på metodmöte den 31 maj 2017. Informationen ges fortlöpande vid varje metodmöte framöver. Påminnelse kommer även att ges på frukostmöten som hålls en gång per vecka. Nyanställda ges informationen under introduktionen.

Åtgärden beräknas vara genomförd den 30 juni 2017

2. Genomgång av fysiska akter för att säkerställa att de innehåller rätt information

Samtliga fysiska akter kommer att gås igenom under perioden 1 juni – 30 september. Genomgången kommer att utföras av samordnare. Ordning för den fysiska akten kommer att förtydligas. Samordnarens uppdrag kommer att förtydligas när det gäller arbetsuppgiften med att regelbundet gå igenom samtliga akter. *Checklista för egenkontroll dokumentation* används som underlag.

Åtgärden beräknas vara genomförd den 30 september 2017

3. Medarbetares möjligheter till regelbundet stöd och hjälp kring social dokumentation

Samtliga medarbetare ges information om möjligheten till stöd och hjälp kring social dokumentation. I verksamheten finns det personer som är duktiga på arbetet kring den sociala dokumentationen, samtliga medarbetare kommer senast den 30 juni att ges information om att de själva har möjlighet att boka in tillfälle för genomgång av den sociala dokumentationen.

Åtgärden beräknas vara genomförd den 30 juni 2017

4. Dokumentation enligt gällande rutiner

Samtliga medarbetare kommer att ges en djupare information om de rutiner som gäller kring den sociala dokumentationen. Informationen kommer att ges på metodmöte i samtliga arbetsgrupper. Verksamhetskontroller inbjuds till att hålla i denna information till varje arbetsgrupp.

Åtgärden beräknas vara genomförd den 31 oktober 2017

Kommentar Kvalitetscontroller: Det går bra att bjuda in kvalitetscontroller för detta ändamål men det överlämnas till nya enhetschefen att ta ställning till om kvalitetscontroller ska bjudas in eller om enhetschef själv vill hålla i denna information.

5. Genomförandeplaner

a) Samtliga genomförandeplaner kommer att gås igenom och kompletteras med information om genomförandet av aktiviteter och nattinsatser. Genomförandeplanen kommer även att kompletteras med information kring hur brukaren varit delaktig i upprättande samt uppföljning av genomförandeplanen.

Denna åtgärd beräknas vara genomförd den 30 september 2017

b) Genomförandeplaner ska upprättas inom 14 dagar efter inflyttning till Ankaret. Samordnarens uppdrag kommer att förtydligas när det gäller kontroll av att genomförandeplan upprättas inom gällande tidsram.

Åtgärd i form av förtydligande av samordnarens uppdrag kommer att genomföras senast den 1 juni 2017.

Kommentar Kvalitetscontroller: Det förtydligade samordnaruppdraget har inte redovisats.

c) Måluppfyllelse ska dokumenteras vid uppföljning av genomförandeplaner. Samtliga medarbetare kommer att få information om målsättning och uppföljning av detta. Många medarbetare upplever att måluppfyllelse är svårt att arbeta med. Information om målarbete kommer även att vara en del av arbetet kring IBIC som samtliga verksamheter inom vård- och omsorg kommer att ta del av under 2017/2018. Verksamhetskontroller inbjuds till att vara verksamheten behjälplig med denna information till medarbetarna.

Åtgärd: Samtliga medarbetare ges information om målsättning och uppföljning av mål senast den 31 oktober 2017.

Kommentar Kvalitetscontroller: Det går bra att bjuda in kvalitetscontroller för detta ändamål men det överlämnas till nya enhetschefen att ta ställning till om kvalitetscontroller ska bjudas in eller om enhetschef själv vill hålla i denna information.

6. Systematiskt kvalitetsarbete, förståelse och kunskap

Arbetet med rutiner kring det systematiska kvalitetsarbetet är under bearbetning inom vård- och omsorg. Samtliga rutiner för detta kommer att gås igenom i samband med att de färdigställs. Det systematiska kvalitetsarbetet utgår från Socialstyrelsens föreskrift kring systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, denna används som grund för de rutiner som kommer att tas fram inom vård- och omsorg.

Åtgärd i form av information kring systematiskt kvalitetsarbete kommer att genomföras löpande under 2017 utifrån gällande rutiner. Åtgärden beräknas vara genomförd den 31 december 2017.

7. Egenkontroll

Checklista för egenkontroll av dokumentation kommer att införas i verksamheten och ansvarig enhetschef ansvarar för att egenkontrollen utförs enligt checklistan.

Åtgärden beräknas vara genomförd senast den 30 september 2017.

8. Sammanställning och analysering av avvikelser

Verksamheten arbetar med avvikelser som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Det innebär att vid inkommen avvikelse hanteras denna enligt gällande rutin samt information delges arbetsgruppen för att säkerställa att kunskap dras av händelsen samt för att förebygga att liknande avvikelser inträffar igen.

Verksamheten har inte haft några avvikelser under 2016, därav ingen sammanställning.

Kommentar Kvalitetscontroller: En Lex Sara anmälan är gjord 2016 samt en inlämnad synpunkt 2016 (positiv).

Det bör rimligen inträffa fler "avvikelser" i en verksamhet av denna storlek. Socialförvaltningens utvecklingsteam arbetar inom ramen för översynen av kvalitetsledningssystemet med att hitta ett sätt för att enklare kunna dokumentera avvikelser så att även mindre avvikelser, som ofta löses relativt omgående, dokumenteras. Detta i syfte att kunna se mönster även i mindre avvikelser och på så sätt förebygga att de upprepas.

