

# Verksamhetsuppföljning – Pilegården och hemtjänst Hammenhög

Oktober 2019-Januari 2020

## 1. Inledning

### 1.1 Bakgrund

Verksamhetsuppföljning för Pilegårdens särskilda boende samt Hammenhögs hemtjänst har genomförts under slutet av 2019. I verksamhetsuppföljningen har enhetschef och sjuksköterska svarat på enkät, kontroll av dokumentation har genomförts i verksamhetsystem genom aktgranskning samt besök i verksamheten har genomförts på det särskilda boendets samtliga enheter samt i hemtjänsten under en dag. MAS har deltagit i morgonarbetet med personalen både på det särskilda boendet och i hemtjänsten.

Då ett av socialnämndens nya mål för 2020 är en anhörigkompetent verksamhet har detta perspektiv fått ett tydligare fokus i rapporten från verksamhetsuppföljningen än tidigare.

### 1.2 Rutin för granskning

Verksamhetsuppföljningen har skett utifrån följande:

- Kvalitet
  - Brukarundersökningar - Lokal och offentlig statistik
  
- Rutiner och dokumentation
  - Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
  - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5).
  - Socialförvaltningens rutiner avseende samverkan, brukarens delaktighet och påverkan, personalens medverkan i det systematiska kvalitetsarbetet, arbetet med verksamhetens mål.
  - Systematiskt kvalitetsarbete –Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
  - MAS rutiner

### 1.3 Verksamheten

När verksamhetsuppföljningen påbörjas ingår både Pilegårdens särskilda boende samt hemtjänstområdet Hammenhög i samma enhetschefsområde.

Pilegårdens särskilda boende har tre enheter varav en med demensinriktning. På varje enhet finns nio lägenheter. Hemtjänsten ger stöd och hjälp åt personer i ordinärt boende i Hammenhög och Skillinge med omnejd.

Hammenhögs hemtjänst är sedan våren 2019 en sammanslagning av två grupper, Skillinge och Hammenhög. Under verksamhetsuppföljningens gång övertas hemtjänstområdet av annan enhetschef men ingår ändå i denna rapport. Hemtjänsten i Hammenhög drevs till november 2018 av privat utförare och den personal som nu arbetat längst tid i gruppen började där våren 2019.

Hemtjänstområdet har således genomgått stora förändringar både gällande ledning, struktur och personal. Vid tidpunkten för verksamhetsuppföljningen har verksamheten en undersköterska som genomgår en specialistutbildning i området geriatrik. MAS förhoppning är att den kompetensen tillvaratas på bästa sätt.

Även Pilegården drevs tidigare av privat utförare, fram tills november 2017 då boendet återgick i kommunal regi. När sedan hemtjänsten i området blev kommunal fick chefen för Pilegården även hemtjänsten som sitt ansvarsområde. Fram till 2019 fanns dessutom ytterligare en enhet särskilt boende inom ansvarsområdet, Tulpanen, som nu är avvecklad. Dessa förändringar har haft stor påverkan på kontinuiteten i personalen inom både det särskilda boendet och hemtjänstområdet.

## 1.4 Sammanfattning

### Kvalitet – Sammanfattning av brukarundersökningar

Brukarundersökningarna avseende hemtjänsten visar att det är personalkontinuiteten som inte når upp till måttet för kvalitet men att man ändå enligt brukarnas upplevelse ger ett bra bemötande, en god kvalitet och de känner sig delaktiga. Däremot är resultatet gällande helhetssynen och upplevelsen av trygghet inte så positivt som tidigare vilket skulle kunna hänga samman med den minskade upplevelsen av kontinuitet.

Brukarundersökningarna avseende Pilegården visar goda resultat men även här är det personalkontinuiteten som inte når kvalitetsmålet. De något försämrade resultaten i den officiella statistiken, jämfört med 2018, av upplevelsen av trygghet samt känslan av om personalen har tillräckligt med tid skulle kunna relateras till de många personalförändringar som blivit i verksamheten samt de följder som rätten till heltid har inneburit.

### Rutiner och dokumentation – Sammanfattning av besök i verksamheten

Besöken i hemtjänsten visar att verksamheten behöver få lugn och ro för att bygga en stabilitet och för att systematiskt kunna arbeta med kvaliteten i verksamheten. Främst syns behov av att fortsätta bygga en hållbar personalgrupp både utifrån kompetens och kontinuitet i form av färre tillfälligt anställda medarbetare. Under de förändringar som skett har det dagliga arbetet med att tillgodose brukarnas behov av stöd och hjälp löpt på medan det kontinuerliga arbetet som behövs för att i längden upprätthålla kvalitet och för att utveckla verksamheten, har fått stå tillbaka. Enheten behöver arbeta med både den fysiska och digitala dokumentationen samt det systematiska kvalitetsarbetet.

Besök och brukarundersökningar gällande särskilt boende Pilegården visar en verksamhet som i stort fungerar. Utifrån de akter som granskats samt en generell översyn av förekomsten av genomförandeplaner visar att dokumentationen förs på ett övervägande bra sätt. Vissa händelser av vikt saknas dock helt. Journal förs löpande och genomförandeplaner finns för så gott som alla. En grupp bestående av personal från Pilegården och enhetschef har bildats för att gemensamt granska dokumentationen och hitta förbättringsområden. Besök på Pilegården visar en allt för stor skillnad mellan demensenheter och övriga enheter i hur man skapar stimulans i vardagen. Aktgranskningen och personalens berättelser visar dock på flera aktiviteter som görs på boendet såsom musikunderhållning, olika varianter av gymnastik, fika i trädgården, korvgrillning, bakning, promenader, gudstjänst och så vidare. Främst behöver de somatiska enheterna arbeta med att hitta sådant som ger stimulans i vardagen mellan dessa mer aktiva händelser, t ex mer stimulans av sinnet. I samtal med personalen framkommer flera goda idéer men ett hinder är bristande WiFi vilket är på gång att åtgärdas i kommunens samtliga särskilda boenden. Verksamheten behöver ta reda på vad som är meningsfullt för var och en och ta med detta i genomförandeplanen. Anhöriga

eller legala företrädare behöver mer frekvent erbjudas att vara delaktiga i upprättandet och uppföljningen av genomförandeplanerna. Det framkommer också i samtal med anhöriga att man önskar få mer information både om sin anhörige och om förändringar i boendet i stort.

Vad gäller HSL-dokumentation så behöver denna utvecklas. Vid genomläsning saknas en helhetsbild av patienten. Det bör finnas fler gjorda bedömningar vilket också bekräftas efter samtal med omvårdnadsansvariga sjuksköterskor.

## 2. Resultat brukarundersökningar

I rapporten redovisas resultat från både lokal och offentlig statistik från brukarundersökningar.

Den lokala statistiken inhämtas kontinuerligt och redovisas tre gånger om året, april, augusti och december, under förutsättning att minst 5 svar finns. För Pilegården är senast tillgängliga resultat av den individuella kvalitetsmätningen från 2018.

Den offentliga statistiken bygger på uppgifter som samlats in början av året, i detta fall mars 2019 som sedan redovisas i oktober samma år.

### 2.1 Lokal statistik

I samband med att omsorgshandläggaren träffar brukaren för uppföljning ställs frågor avseende upplevd kvalitet. Socialnämnden har angett vilken andel positiva resultat som ska uppnås för godkänd kvalitet. För hemtjänsten gäller bemötande 88%, kvalitet 88%, kontinuitet 70% och delaktighet minst 88% positiva svar. Resultat från ordinärt boende (hemtjänst) finns för 2019 men för särskilt boende är senaste tillgängliga resultat från de individuella kvalitetsmätningar som gjorts på Pilegården under 2018. I Särskilt boende är kvalitetsmättet 81% för samtliga fyra områden.

#### Hemtjänst Hammenhög

Inom områdena bemötande, kvalitet och delaktighet når verksamheterna kvalitetsmåttarna med god marginal. Området kontinuitet ligger precis på gränsen för måttet när det gäller Skillingegruppens område medan det för Hammenhögs område ligger 17% under godkänd kvalitet vilket kan förklaras med de personalförändringar som skett. Även rätten till heltid som införts medför att personal behöver arbeta på flera olika enheter.

#### Särskilt boende Pilegården

Pilegårdens särskilda boende når måttarna för kvalitet med god marginal inom bemötande, kvalitet samt delaktighet. Gällande upplevelsen av personalkontinuitet når man inte upp till måttet vilket kan förklaras med de personalförändringar som har skett. Även rätten till heltid som införts medför att personal behöver arbeta på flera olika enheter.

### 2.2 Offentlig statistik

Databasen KOLADA samlar resultat från flera officiella undersökningar och publicerar dem en gång om året. I det senaste resultatet publicerat i oktober 2019, syns följande:

#### Hemtjänst Hammenhög

52% av enkäterna som besvarats av brukare med hemtjänst i Simrishamns kommun har besvarats av brukaren själv vilket är 10% lägre andel än genomsnittet i riket. Totalt har 213 personer med hemtjänst i Simrishamns kommun svarat på frågorna vilket är 65,9% av de tillfrågade.

Resultatet nedan avser hela Hammenhögs hemtjänst. Om man tittar på resultatet uppdelat på grupperna syns att Skillinge genomgående har en högre andel positiva resultat än Hammenhögs gruppen förutom när det gäller frågan om bemötande.

Resultatet på frågan om hur brukaren uppfattar helhetssynen på hemtjänsten är 81% positiva svar vilket är 10% lägre än kommunen i snitt och även lägre än riket i genomsnitt.

Frågan om hur brukarna uppfattar bemötandet har fått hela 94% positiva svar vilket ändå är någon procent lägre än kommunens genomsnitt (98%) och även rikets genomsnitt (97%).

På frågan om brukaren upplever att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål ger 87% av de svarande ett positivt svar vilket är i stort sett samma andel som för riket och kommunen i genomsnitt.

De svarande i Hammenhögs hemtjänst ger frågan om upplevelsen av trygghet 79% positiva svar medan kommunen och riket i genomsnitt fått 87%.

Frågan om brukarnas upplevelse av att personalen har tillräckligt med tid för att ge dem det stöd de behöver är andelen positiva svar i Hammenhögs hemtjänst 71%, medan kommunen och riket i genomsnitt har 83%.

Andelen av de svarande i Hammenhögs hemtjänst som upplever sig ha svåra besvär med ängslan, oro eller ångest är 0% medan andelen i kommunen är 5% och i riket 7%.

Avseende brukarnas upplevelse av att ha möjlighet att påverka tider är resultatet för Hammenhögs hemtjänst 61%, snittet i kommunen 66% medan riket i genomsnitt har fått 60% positiva svar på frågan.

### Särskilt boende Pilegården

I genomsnitt på särskilt boende i Simrishamn är det 33% av brukarna som själva besvarat enkäterna vilket är någon procent lägre än i Sverige i genomsnitt. Totalt har 124 personer boende på särskilt boende i Simrishamns kommun svarat vilket är 53,9% av de tillfrågade.

Andelen positiva svar på frågorna om hur brukarna på Pilegården uppfattar boendet i sin helhet är 100% även andelen positiva svar på hur brukarna uppfattar bemötandet och förtroendet för personalen är 100%.

Frågor som 2019 fått en något minskad andel positiva svar från brukarna jämfört med året innan är upplevelsen av trygghet, från 100% till 88% vilket är någon procent under kommunens särskilda boenden i genomsnitt men högre än genomsnittet i riket. Även upplevelsen av i vilken utsträckning man tar hänsyn till personens åsikter och önskemål har minskat från 100% till 88%. Ingen uppgift finns presenterad för kommunens genomsnitt men resultatet är högre än genomsnittet i landet.

Även andelen positiva svar på frågan om upplevelsen av att personalen har tillräckligt med tid har minskat, från 100% till 89% positiva svar. Detta är samma procentuella minskning som för kommunens särskilda boenden i genomsnitt. Resultatet är dock högre än rikets genomsnitt.

Inga uppgifter finns presenterade för Pilegården 2019 avseende upplevelsen av tillgång till sociala aktiviteter samt möjligheten att komma utomhus.

### 3. Resultat av besök i verksamhet

#### Hemtjänst Hammenhög

I samband med verksamhetsbesök i hemtjänsten märks att det är en personalgrupp som inte riktigt hittat någon stabilitet efter de förändringar som skett på senaste tiden.

Personalen väljer att köra två personal vissa rundor trots att besöken inte kräver två personal. Personalen tenderar i dessa lägen till att prata mer med sin kollega än med brukaren och brukaren upplevs hamna utanför samtalet istället för att vara i fokus.

Undertecknad upplever att det finns en del väntetid inne i personallokalen utöver rasterna och att det ganska ofta är så utifrån brukarnas behov. Ändå upplever personalen det som att det inte finns tid att dokumentera. Dessa stunder behöver verksamheten hitta sätt att ta tillvara på, så att det gagnar verksamheten.

Huvudsakligen är det relativt nyanställda vikarier i Hammenhögs gruppen vilket upplevs ostabil dagen för besöket. En ordinarie personal finns i tjänst men slutar mitt på dagen. Insatserna upplevs dock bli utförda. Vikarierna upplevs osäkra, språksvårigheter i samband med instruktioner och de har ingen utbildning. Detta medför stor risk för att det ska bli fel, otryggt både för personalen och brukarna. Det finns brister i användandet av handsprit före och efter olika åtgärder.

Upplevelsen är att det finns välplanerade turer morgon, middag och eftermiddag. Alla upplevdes ha delegation på det som behövde göras så att personalen kunde köra tilldelad tur. Behövdes inte mycket tid på morgonen för att fördela ut dagens arbete men på eftermiddagen behövdes det en del justeringar.

Övervägande andelen brukare som undertecknade mötte i samband med besöken i hemtjänsten, gav spontant mycket beröm till personalen.

Personalen berättar att de vet var rutinerna finns att hitta men att de sällan läser dem. Chefen brukar på mötena gå igenom nytt som har kommit. Med jämna mellanrum har man team-möte. Möte där de olika professionerna sjuksköterska, rehab-personal, enhetschef och personalrepresentant deltar. Personalen upplever inte att det fungerar så bra med bara en personalrepresentant på team-mötena, oftast samordnaren i denna grupp. De upplever att det är svårt för denna person som inte känner brukarna så väl att både förmedla till och från teamet. Teamsamverkan ger då inte det resultatet de hade hoppats.

#### Särskilt boende Pilegården

Dagen för besöket saknades det ordinarie personal på enheten så en ordinarie personal från annan enhet kom och stöttade upp arbetet. Läkemedel överlämnades i allmänna utrymmen men signerades innan personen fått dem. Annars gick morgonarbetet utan anmärkning utifrån hälso-sjukvårdsperspektivet. Omvårdnadspersonalen känner att de har behov av mer närvarande sjuksköterska. De som finns har patienter både på Pilegården och ute i ordinärt boende. Dagen för besöket var sjuksköterskan sjuk och det fanns ingen sjuksköterska som hade tid att komma om det inte var något akut.

I samtal med anhöriga som undertecknade mötte i samband med besöket framkommer att man vill ha mer information både kring sin anhörig men också om vad som händer på boendet i stort.

#### Enheter somatisk-inriktning

I samband med besöken upplevdes personalen ha ett bra flyt i arbetet och man arbetade lugnt och metodisk i takt med att var och en vaknade på morgonen. Mellan måltiderna satt flera kvar i det gemensamma utrymmet. Några satt vid Tv:n och sov. Inga andra aktiviteter eller social stimulans ägde rum under besök i verksamheten. Det skulle enligt planeringen ha varit en gemensam aktivitet denna dag men den hade av någon anledning ställts in och den ersattes inte med något. En person satt i rullstol mitt på golvet under lång tid och försökte ta sig fram men fick ingen uppmärksamhet från personalen.

#### *Enhet demens-inriktning*

På demensenheten är det en lugn atmosfär dagen för besöket. En boende ligger i allrummet med ett stort leende på läpparna och sover middag i gungstolen som gungar automatiskt och som kan spela lugn musik. Några boende sitter och samtalar med personalen och några vilar i sin lägenhet. Dagen innan besöket har enheten fått en robot-hund och en robot-katt. Djuren blev uppskattade av de boende och en person som ofta inte pratar berättar spontant för undertecknad och personal om de djur som hen har haft tidigare. De boende visar djuren för varandra, tycker de är fantastiskt fint konstruerade och berättar för varandra om tidigare djur de haft. Flera av de boende är i det gemensamma utrymmet och personalen finns där och uppmärksammar dem och deras behov av stöd. Någon får sällskap ut på en kort promenad i trädgården eller i kvarteret. Personalen är också alerta för att förebygga konflikter de boende emellan och avleder på ett bra sätt. Personalen berättar om hur de kontinuerligt pratar sig samman och förändrar arbetssätt utifrån hur de boendes behov, individuellt och i förhållande till hela gruppen, förändras.

## 4. Resultat av aktgranskning

### Hemtjänst Hammenhög

Genomförandeplaner saknas helt för flera brukare, främst för brukare som bor i tidigare Skillinge geografiska område. Flera brukare i samma område, som visserligen har få insatser, saknar helt journalanteckningar vilket inte är rimligt.

Ett flertal genomförandeplaner har inte följts upp som de ska och i journal framgår det för flera brukare att förändringar har skett vilket gör att genomförandeplanerna är inaktuella.

Genomförandeplaner inom vård och omsorg ska enligt Simrishamns kommuns rutin följas upp minst var 6:e månad eller oftare vid behov. Genomförandeplanen ska däremellan revideras om insatser kommer till eller avslutas, genomförandeplanen ska också revideras om brukaren framför nya önskemål eller om man får direktiv från någon profession att utföra en insats på annat sätt.

Information om förändringar hittas vid granskningen i journal men ska även föras in i genomförandeplanen. Enligt föreskrifterna ska genomförandet följas upp och uppföljningen ska dokumenteras. I verksamhetssystemet finns en särskild del för att ge stöd för uppföljning men aktgranskningen visar att denna inte används.

En del journalanteckningar och händelser av vikt saknas för vissa brukare vilket gör att det ibland är svårt att följa utvecklingen kring brukarens behov vilket man enligt föreskrifterna ska kunna göra. Det finns även exempel när det i journal går att följa brukaren på ett bra sätt.

Hemtjänstens fysiska akter är inte i ordning. Register finns i brukarpärmarna men en del dokument sitter under fel flikar och det är blandat både aktuella och inaktuella dokument. En del HSL dokument sitter bland SOL dokument även om det finns en särskild HSL flik. Dokumentation utifrån dessa båda lagrum ska enligt lag hållas åtskilt och särskilda pärmar för HSL dokumentation finns

hemma hos brukarna. SIP saknas i pärmarna vilket är obligatoriskt för de patienter som är inskrivna i mobila teamet.

### Särskilt boende Pilegården

På Pilegården förs journalen överlag på ett bra sätt men vissa händelser av vikt saknas övervägande i de granskade akterna såsom större förändringar i brukarens behov, inflyttningssamtal och upprättande, uppföljning eller förändringar som gjorts i genomförandeplanen. Det går att följa utvecklingen för den enskilde på ett bra sätt och det framgår både inledning och åtgärden av en händelse.

Anhöriga eller legala företrädare verkar inte delta i samband med att genomförandeplanerna upprättas eller följs upp. Svårt att avgöra i vissa delar om det inte är dokumenterat för att det inte är gjort eller om det är gjort men att man missat att dokumentera detta. Det är dokumenterat om den enskilde varit delaktig eller ej i samband med att genomförandeplanen upprättats men i bara en av de granskade akterna framgår anledningen till det. Det ska enligt föreskrifterna framgå på vilket sätt den enskilde varit med och påverkat eller varför den enskilde inte varit det. Om anhöriga/legala företrädare varit med ska detta framgå.

Övervägande andelen brukare har en aktuell genomförandeplan men två brukare på samma somatiska enhet saknar den helt. De är relativt nyinflyttade men båda har bott där betydligt längre än de 14 dagar som verksamheten har på sig att upprätta en genomförandeplan efter att en insats har startat.

I några av de granskade akterna saknas det för vissa insatser i genomförandeplanen beskrivning av när, hur och av vem insatserna ska utföras. De insatser som har beskrivningar är dock skrivna på ett bra och tydligt sätt.

Det är en viss typ av insatser som inte är beskrivna, insatser som förmodligen upplevs lite svåra att beskriva, såsom känslan av trygghet, följa dagliga rutiner, att företa en enstaka uppgift. Här behöver personalen stöd och hjälp att förstå vad som avses, även om det oftast framgår av omsorgshandläggarens beställning. Detta är många gånger stöd som personalen naturligt ger i vardagen men ofta utan att reflektera så mycket över hur de gör. I de granskade akterna syns även att man hoppar över att beskriva insatser såsom att avlägsna avfall, att tvätta och att städa bostaden. Undertecknad förmodar att man kan tycka det är onödigt att beskriva hur man genomför detta stöd. Meningen med beskrivningen är att t ex fånga upp om det är något delmoment den enskilde kanske själv kan klara, själv ta upp maten, bre sin smörgås, dammtorka nåt ställe själv, vika kläder eller handdukar, samla ihop sina sopor eller kanske knyta påsen själv, eller att fånga upp om det är något i dessa delar den enskilde tycker är viktigt att fortsätta klara själv eller önskar få utfört en särskild dag eller tidpunkt. Att få möjlighet att göra dessa vardagliga saker själv, även om det är nåt litet, bidrar till stimulans och meningsfullhet. Meningen är sen att all personal ska kunna arbeta lika, oavsett om man känner brukarna väl eller om man tillfälligt är där.

I samtliga granskade akter saknas uppgift om hur stöd och hjälp ska ges på natten. Samordnare eller enhetschef kan lägga till insatser för att kunna beskriva behov av stöd och hjälp för sådant som ingår i ramen för särskilt boende t ex nattinsats, stöd och hjälp som behövs för att den enskilde ska få en meningsfull vardag.

För att få till den dagliga dokumentationen har verksamheten upprättat en pärm i köket med en flik för varje boende där personalen för anteckningar om händelser av vikt under dagen och för att personal som varit ledig mån dag snabbt ska kunna läsa in sig på vad som hänt. Enligt personalen skrivs denna information även in i journalen. Man har även samlat uppgifter om de boendes vikt på

ett gemensamt dokument i pärmen. Det är dels dubbelarbete dels får dokumentation om flera personer inte samlas på detta sätt såsom med vikten. Om ett sådant sätt används ska dessa enbart betraktas som arbetsanteckningar och ska förstöras så snart de förts in i den enskildes journal. En bärbar dator eller liknande rekommenderas istället till köket så snart den trådlösa uppkopplingen fungerar i huset.

## 5. Resultat av enkät

Enhetschef har tillsammans med kvalitetscontroller gått igenom och besvarat enkäten som handlar om verksamhetens arbete med systematiskt kvalitetsarbete. Det framkommer att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs inom den delen som är särskilt boende. Avseende hemtjänsten haltar det systematiska kvalitetsarbetet då det har varit sammanslagningar och chefsbyten. Enhetschef som nu enbart ansvarar för Pilegården har gjort de delar som efterfrågas i enkäten men ibland på sitt eget sätt och inte med de verktyg som förvaltningen tagit fram. Resultatet har använts för att förbättra verksamheten. Enhetschefen har skapat en dokumentationsgrupp bland personalen på Pilegården som tillsammans granskat dokumentationen utifrån den mer omfattande granskningsnyckeln som undertecknad använder sig av i samband med verksamhetsuppföljning. De brister som uppmärksammats har lyfts på möten i verksamheten.

Enhetschef har även besvarat enkäten som handlar om hälso- och sjukvård och arbetet utifrån basala hygienrutiner. Här anges att basala hygienrutiner går igenom årligen och egenkontroll genomförs. Det nya avvikelssystemet uppfattas som svårt, svårt att veta vad som ska skrivas var och av vem. Systemansvariga på förvaltningen har inlett en översyn av hur avvikelssystemet är uppsatt.

## 6. Åtgärder att vidta

### Åtgärder att vidta SOL:

#### Hemtjänst

- A. Upprätta genomförandeplaner för samtliga brukare.
- B. Följ upp missade uppföljningar av genomförandeplaner.
- C. Börja använda uppföljningsfliken vid uppföljning av genomförandeplaner.
- D. Journal ska föras enligt föreskrift, tänk på den röda tråden.
- E. Gå igenom de fysiska akterna och säkerställ att de är korrekta.
- F. Säkerställ att det finns en tillräcklig grundbemanning som har den kompetens som behövs för att utföra en god vård och omsorg för de aktuella brukarna.

#### Särskilt boende

- G. Inflytningssamtal ska genomföras enligt rutin och det ska dokumenteras i journal att det är gjort.
- H. Genomförandeplanerna i särskilt boende ska innehålla beskrivningar av stöd och hjälp som behövs i syfte att ge den enskilde en meningsfull vardag.
- I. Genomförandet av stöd och hjälp som ges på natten ska beskrivas.
- J. Om samtycke finns ska anhöriga eller legalföreträdare erbjudas att delta i upprättandet och/eller uppföljningen av genomförandeplanerna. Deras delaktighet eller erbjudande om delaktighet ska framgå av dokumentationen.
- K. Uppföljning av genomförandeplanen ska dokumenteras genom att fliken för uppföljning används.
- L. Hitta ett godtagbart arbetssätt/lösning som ersättning för de behov som pärmen med de boendes vikt och daganteckningar fyller.



### Åtgärder att vidta HSL:

- M. Patienternas SIP ska sitta i HSL-pärmen då den ska finnas tillgänglig för patienten.
- N. Höja kvaliteten på dokumentationen.
- O. Öka följsamheten till basala hygienrutiner.

### Åtgärder för att följa socialnämndens beslutade ledningssystem:

- P. Använd de mallar och verktyg som förvaltningen tagit fram som stöd för det systematiska kvalitetsarbetet.
- Q. Använd dem i den omfattningen och vid de tillfällen som ledningssystemet anger.

## 7. Kvarstående punkter från föregående verksamhetsuppföljning

Föregående verksamhetsuppföljning ägde rum då verksamhetens delar huvudsakligen drevs i privat regi och bedöms ej vara relevant.

## 8. Förslag till beslut

Socialnämnden föreslås besluta

Att verksamheten Pilegårdens särskilda boende samt Hammenhögs hemtjänst ska återkomma med redovisning av genomförda och planerade åtgärder enligt ovan senast den 27/3 2020.

**Christina Eriksson**

Kvalitetscontroller

**Christine Helldén**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

**Stina Lundquist**

Socialchef

Simrishamn 2020-02-14

Information till:

Enhetschef för Pilegården

Enhetschef för Hemtjänst Hammenhög

Avdelningschef Vård och Omsorg

## Redovisade åtgärder avseende Hammenhögs hemtjänst

Enhetschef Linda Larsson

Identifierat bristområde	Förslag på åtgärd
<p><b>Dokumentation enligt gällande lagstiftning Punkt A, B, C och D</b></p> <p>Identifierade brister avseende genomförandeplaner och uppföljning av dessa</p> <p>Ansvarig: EC</p> <p>Uppföljning: 20-06-14</p>	<p>Genomförandeplaner ska upprättas på samtliga brukare, ska vara klart senast den <b>14 juni 2020</b>.</p> <p>I dessa ska brukarens önskemål om utförandet beskrivas. Målen med insatserna ska vara tydligt beskrivna i genomförandeplanerna.</p> <p>För att förbättringsarbetet kring genomförandeplaner ska vara hållbart i verksamheten så ska ett arbetssätt införas för att säkerställa att genomförandeplaner upprättas inom 14 dagar efter påbörjad insats. Samt följas upp minst var 6:e månad genom att använda verksamhetssystemets uppföljning.</p> <p>Arbetssättet ska även säkerställa att dokumentation görs i enlighet med gällande föreskrift. För att uppnå denna förändring ska enheten arbeta för att gällande rutiner görs kända av medarbetarna. Rutiner kring dokumentation och genomförandeplaner belyses som en särskild punkt på möte.</p> <p>Dokumentationsutbildning kommer att planeras för samtliga tillsvidareanställda och månadsanställda vikarier. Utbildningen planeras hållas av person som har goda kunskaper och superuser i verksamhetssystemet. När samtliga genomgått utbildningen planeras uppföljning ske.</p> <p>Under 2020 kommer särskilt tillfälle, såsom på eventuell planeringsdag att fokusera på dokumentation. Utifrån rådande omständigheter sätts inga tider för när planering ska ske. Förhoppning är att det</p>

	<p>ska kunna planeras in och ske efter sommarledigheterna.</p>
<p><b>Fysiska akter</b> <i>Punkt E</i></p> <p>Ansvarig: EC</p> <p>Uppföljning: 20-06-14</p>	<p>Brukarpärmar finns upprättade till varje enskild brukare. Samt upprättas efterhand brukare tillkommer och avvecklas när brukare inte längre är aktuell.</p> <p>Framkommer att dessa inte hålls i ordning utifrån det register som finns. Dokument som avser Sol och HSL är inte separerade.</p> <p>Genomgång kommer att ske av samtliga upprättade pärmar. I samband med detta kommer översyn ske gällande förvaring för de olika lagrummen ska efterföljas.</p> <p>Avseende möjlighet att tillgå verksamhetssystemet så finns flera datorer på arbetsplats att tillgå.</p>
<p><b>HSL-pärmar</b> <i>Punkt E</i></p> <p>Förekomst av dokument utifrån olika lagrum som inte är uppdelade Kvalitet på dokumentation</p> <p>Ansvarig: EC och SSK Uppföljning: 20-06-14</p>	<p>För att säkerställa att dokumentation avseende HSL och SOL ska vara särskilda så planerar enhetschef att boka in möte med sjuksköterskorna för att diskutera frågan.</p> <p>Efter detta möte så kommer enhetschef att informera medarbetarna på enheten så att detta efterfölj.</p> <p>Gällande att varje brukares SIP ska finnas i HSL-pärm för finnas tillgänglig för brukare kommer detta ske i dialog med ansvariga sjuksköterskor.</p>
<p><b>Grundbemanning med kompetens</b> <i>Punkt F</i></p> <p>Ansvarig: EC Uppföljning: Löpande</p>	<p>Gruppen har fysiskt flyttat till Borrby. Vilket innebär närhet till samordnare och enhetschef. Planering för att personal ska ha kompetens till att utföra en god vård och omsorg utifrån brukarnas behov har skett och sker fortlöpande. Utbildning inom HSL har påbörjats och sker fortlöpande för att kunna möta brukares behov av insatser.</p>

<p><b>Basala hygienrutiner</b> <i>Punkt O</i></p> <p>Ansvarig: EC Uppföljning: Klart, Löpande</p>	<p>Genomgång gällande basala hygienrutiner har skett i samband med APT under slutet av 2019. Detta kommer att ske igen vid APT under våren 2020 samt regelbundet årligen. Hygienkontrakt har gått genom och all personal har tagit del av och undertecknat detta under slutet av 2019.</p> <p>Nyanställda ges information gällande basala hygienrutiner och hygienkontrakt i samband med att anställning inleds samt i samband med introduktion.</p>
<p><b>Systematiskt kvalitetsarbete</b> <i>Punkt P och Q</i></p> <p>Ansvarig: EC Uppföljning: Löpande</p>	<p>Verktyget Bedöma risker i verksamheten används för att kvalitetssäkra processen i arbetet med att identifiera risker och riskanalyser. Detta sker fortlöpande i verksamheten.</p>
<p><b>Ledningssystem</b> <i>Punkt P och Q</i></p> <p>Ansvarig: EC Uppföljning: Löpande</p>	<p>Under 2020 har Åsa Bullarbo haft genomgång av Office365 för visa medarbetare var samlad information finns att tillgå gällande processer, rutiner samt andra dokument av vikt. Medarbetare känner till att ansvar finns att läsa e-post och ta del av nyheter i Office365.</p> <p>Medarbetare och vikarier har kännedom om sin rapporteringsskyldighet om missförhållanden uppmärksammas.</p> <p>Under mötesformer kommer detta att tas upp kontinuerligt för att påminna om vilket ansvar och vilka skyldigheter som varje medarbetare har i och med sin anställning.</p>



## Redovisning av åtgärder från Verksamhetsuppföljning

### VERKSAMHET, säbo Hammenhög

Åtgärds punkt	G: Inflyttningssamtal ska genomföras enligt rutin och dokumenteras när klart.	
Åtgärd	<p>Ett arbete har genomförts utifrån rutingruppen (metodgrupp) och tagit fram ett underlag i form av en rutinpärm för inflyttningssamtal riktad till personal som stöd för att hålla i inflyttningssamtalet.</p> <p>Informationsmappar för att lämna till nya brukare har även uppdaterats och finns ute på enheterna. En mapp med rött bakstycke som kopieringsunderlag för att säkerställa att korrekt och enhetligt informationsmaterial lämnas ut.</p> <p>Informationsmappar med blått bakstycke finns att lämnas ut till brukare.</p> <p>Blanketter för att skriva på som brukare/närstående/legal företrädare, t.ex. inför värdeskåpshantering (ekonomi) och levnadsberättelse, tas från personalpärmerna så att informationsmapparna hela tiden är komplett för brukare.</p> <p>Materialet och rutinen har sedan presenterats på APT för kännedom till all personal.</p>	

	<p>Information om vikten att benämna möten som inflyttningssamtal med brukare/närstående/legal företrädare har poängterats särskilt, då upplevelsen från personals sida varit att information lämnats och delgivits till/från berörda men att begreppet inte uppfattats. En ökad tydlighet för möten som ska förbokas med berörda parter har därför påtalats.</p> <p>Oklarhet om samsyn för vilken rubrik i LifeCare detta inflyttningssamtal ska dokumenteras har funnits. I samråd med kvalitetscontroller har det fastslagits att ske under rubrik "Planering av insats".</p>	
Ansvarig	Enhetschef (och medarbetare)	
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart	
Uppföljning	Tillvägagångssätt, journalgranskning och uppkomna frågor från medarbetare eller berörda parter följs upp i samband med att det blir aktuellt med insatsen. Revideringar av rutinen följs upp i rutingruppen efter dialog med arbetsgrupperna. Dialog för rutinen förs även på APT.	
Åtgärds punkt		H: Genomförandeplan ska innehålla beskrivning av stöd och hjälp för en meningsfull vardag.

Åtgärd		Råd och stöd till personal om hur formulering kan se ut under de olika insatserna i en genomförandeplan har delgivits arbetsgrupperna. Det har även påtalats att mindre insatser såsom "Tömning av sopor" ska beskrivas "hur" och av "vem". Arbete med förbättring av dokumentation sker fortlöpande, i det dagliga, samt vid riktade insatser vid planeringsdagar samt APT.
Ansvarig		Enhetschef (och medarbetare)
Klart/Beräknas klart MMÅÅ		Klart (men sker kontinuerligt)
Uppföljning		Genom granskning av genomförandeplaner samt i samtal vid uppkomna frågeställningar kan EC få en förståelse för vilka hinder i dokumentationen medarbetarna upplever som sedan kan lyftas på ett generellt plan, t.ex. APT.

Åtgärds punkt	I: Genomförandet av stöd och hjälp som ges på natten ska beskrivas
Åtgärd	Nattpersonalen har vid APT och planeringsdagar fått information om att nattens kunskap om en brukare sett ur ett personcentrerat arbetssätt är viktigt att förmedla genom genomförandeplanen. Detta har dokumenterats men under "övriga insatser".  Detta har åtgärdats genom utbildning för EC, samordnare samt personalgruppen i samband med APT.
Ansvarig	Enhetschef (och medarbetare)
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart Ska ske kontinuerligt i samband med ny inflyttning av brukare.

Uppföljning	Granskning av genomförandeplaner samt uppföljande samtal med nattgruppen vid rapporttillfällen samt APT.
-------------	--

Åtgärds punkt	J: Närstående/legal företrädare ska erbjudas att delta i upprättande/uppföljning av genomförandeplanen om samtycke finns. Deras delaktighet ska framgå av dokumentationen.
Åtgärd	<p>Begreppet delaktighet har lyfts till arbetsgrupperna då begreppet kan ta sig uttryck på många olika sätt för våra brukare samt även gällande närstående/legala företrädare. En ökad förståelse för när man anser att brukare/närstående/legal företrädare varit delaktiga har behövts.</p> <p>Information om vikten att benämna möten med brukare/närstående/legal företrädare som "inför dokumentering i genomförandeplan" har poängterats. Detta för att ge en ökad tydlighet för syften med mötet.</p> <p>I samband med revidering av genomförandeplanerna ska denna punkt förtydligas kontinuerligt. På vilket sätt brukaren varit delaktig ska förtydligas samt anledning till om brukaren inte kunnat medverka, eller om närstående/legal företrädare varit delaktig eller ej.</p> <p>I vissa fall har en utskrift av den befintliga genomförandeplanen lämnats ut till anhöriga för att de ska få komma med synpunkter till uppföljning/revidering.</p>
Ansvarig	Enhetschef (och medarbetare)
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Åtgärdas fullt ut i samband med uppföljning av genomförandeplanerna inför sommaren. Dock senast 2020-05-31.
Uppföljning	Granskning av genomförandeplaner samt uppföljande samtal med arbetsgrupperna vid rapporttillfällen samt APT.



Åtgärds punkt	K: Uppföljning av genomförandeplanen ska dokumenteras genom att fliken för uppföljning används.
Åtgärd	Missförstånd har uppstått då medarbetarna vid första utbildningstillfället uppfattade att fliken uppföljning inte skulle användas om insatserna inte förändrats. Då skulle bara genomförandeplanens datum ändras på.  Ny tydligare information har lämnats ut och detta kommer att åtgärdas succesivt i samband med kommande uppföljning/revidering av genomförandeplanerna.
Ansvarig	Enhetschef (och medarbetare)
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Åtgärdas fullt ut i samband med uppföljning av genomförandeplanerna inför sommaren. Dock senast 2020-05-31.
Uppföljning	Granskning av genomförandeplaner samt uppföljande samtal med personalgrupperna vid rapporttillfällen samt APT.

Åtgärds punkt	L: Hitta arbetsätt som ersättning för rapportpärmerna med daganteckningar och viktlistor.
Åtgärd	Rapportpärmerna är uppdaterad i rutingruppen där allt gammalt material kasserats och ersatts med ett blad för korta "kom-i-håg" följt av initialer på den medarbetare som skrivit anteckningen. Detta material används för rapport mellan arbetspass. Detta blad kasseras dygnsvis samt under helg sparas till måndagen.  Händelserna skrivs in i LifeCare. Vill man ha mer information än den som framgår i LifeCare vänder sig medarbetaren till den kollega som fört in anteckningen och som då kan ge förtydliganden vid behov.  Viktbladen är helt borttagna och skrivs in i HSL-fliken kontinuerligt. Senior Alert-ombuden ansvarar för att föra in vikt i materialet för detta.
Ansvarig	Enhetschef (och medarbetare)
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart

Uppföljning	Granskning av rapportpärmerna via rutingruppen samt uppföljande samtal med personalgrupperna vid rapporttillfällen samt APT.
-------------	--

Åtgärds punkt	M. HSL punkten - SIP saknas i HSL-pärmarna
Åtgärd	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att ta med SIP allt eftersom dessa blir dokumenterade. Alla brukare har inte en SIP och kan därför saknas i HSL-pärmarna.  Samtal med sjuksköterska som ansvarar för SIP-dokumenterna
Ansvarig	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart, samt sker kontinuerligt i samband med att nya SIP:ar görs samt nya brukare kommer till säbo.
Uppföljning	I samtal med sjuksköterska vid teammöte

Åtgärds punkt	N: HSL punkten - höja kvaliteten på dokumentationen (avser HSL-dokumentation).
Åtgärd	Efter samtal med MAS överlämnas detta till HSE.
Ansvarig	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska / HSE
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Enhetschef SoL kan inte kontrollera detta.
Uppföljning	

Åtgärds punkt	O: HSL punkten - öka följsamhet till basala hygienrutiner
Åtgärd	Efter samtal med MAS framgår att denna punkt gäller generellt för kommunens verksamheter.  Pilegården har haft utbildning på APT och gått igenom utbildningsmaterial för genomgång av detta. Materialet är förvaltningsgemensamt framtaget.  Verksamheten har även gemensamt med arbetsgrupperna på APT svarat på enkäter för uppföljning av basala hygienrutiner.
Ansvarig	Enhetschef (och medarbetare)

Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart (förbättras kontinuerligt med ny information)
Uppföljning	I vardagen genom kontroll och samtal med medarbetarna samt kontinuerligt i samband med planerade genomgångar vid APT.

Åtgärds punkt	P och Q: Använda mallar och verktyg förvaltningen tagit fram som stöd för kvalitetsarbetet och användas i den omfattning och tillfällen som ledningssystemet anger
Åtgärd	Kvalitetsuppföljningar har skett men inte alltid genom de verktyg som tagits fram. Enhetschef har övergått till att använda de förvaltningsgemensamma verktygen.
Ansvarig	Enhetschef
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart
Uppföljning	Kvalitetskontroller