

Verksamhetsuppföljning – Nattpatrullerna samt Gärsnäs hemtjänst

Maj 2019

Bakgrund

Verksamhetsuppföljning för nattpatrullerna och Gärsnäs hemtjänst har genomförts under Maj månad 2019. I verksamhetsuppföljningen har enhetschef svarat på enkät, kontroll av dokumentation har genomförts i verksamhetssystem genom aktgranskning, besök i verksamheten har bestått av att kvalitetscontroller följt en av kommunens tre nattpatruller under en natt samt följt olika personal i hemtjänstgruppen under ett dagspass. MAS har deltagit i morgonarbetet med sjuksköterskan samt följt med undersköterska i hemtjänsten under en förmiddag.

Verksamheten

Verksamheten består av en hemtjänstgrupp som ger stöd åt personer boende i Gärsnäs, Järrestad, Tommarp, Gladsax och Västra Vemmerlöv samt kommunens tre natt-område; södra, norra och centrala nattpatrullerna. Hemtjänsten utgår från Gärsnäs där personalen har sina lokaler i samma byggnad som Träffpunkten Rosenborg. Hemtjänsten har i dagsläget strax över 40 brukare med varierande behov av stöd, hjälp och/eller delegerad hemsjukvård. Samtliga nattpatruller utgår från lokal i centrala Simrishamn, Galaxen. Nattpatrullerna serverar i dagsläget 65 personer med planerade insatser på natten. Utöver dessa serverar de personer som enbart har delegerade hemsjukvårdsinsatser samt personer som tillkallar hjälp via sitt trygghetslarm.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar verksamhetsuppföljningen att resultaten i brukarundersökningarna övervägande är bra. Gärsnäs hemtjänstområde har en högre andel positiva svar jämfört med både kommunens- och rikets genomsnitt. Brukarna upplevs överlag vara nöjda med verksamheten.

Verksamhetsbesöken visar att hemtjänsten snarast behöver se över hur de fördelar det dagliga arbetet på ett säkrare sätt så att inget missas och för att skapa en bättre känsla av "koll på läget" för medarbetarna under arbetspasset. Inom hälso- och sjukvårdsområdet finns vissa brister gällande följsamheten gentemot de basala hygienrutinerna. Verksamheten har även brister gällande läkemedelshantering.

Aktgranskningen visar att både hemtjänst och nattpatrull dokumenterar mer frekvent i journal sedan föregående verksamhetsuppföljning men fortfarande finns brister i dokumentationen kring brukarna. Det nya verksamhetssystemet gör det enklare att granska flödet mellan beställare och utförare men de brister som finns i flödet för en brukare blir också mer synligt. Genomförandeplaner upprättas först långt efter att insatserna påbörjats, de följs inte upp som de ska och innehåller sällan brukarnas önskemål om när en insats ska utföras.

Verksamheten behöver snarast tillse att genomförandeplaner upprättas eller följs upp för samtliga brukare och tider på dygnet där detta saknas helt eller där uppföljning borde varit gjord.

Den dokumentation som finns kring verksamheten i form av planering, rutiner mm är relevant men följs inte i alla delar. Verksamheten har börjat att få delar av det förvaltningsgemensamma

kvalitetsledningssystemet på plats och har börjat använda en del av de verktyg som skapats som stöd för att systematiskt arbeta med kvalitet.

Resultat brukarundersökning

Resultat specifikt för nattpatrullen går inte att ta fram i någon av undersökningarna.

Av KOLADA som är en databas som samlar resultat från flera offentliga undersökningar framgår att Gärsnäs hemtjänst får gott omdöme i jämförelse med kommunen i stort och även i jämförelse med riket. Senaste publicerade resultatet hösten 2018 är från undersökningar gjorda våren 2018.

Alla parametrar i brukarundersökningen har fått en högre andel positiva svar 2018 jämfört med 2017 utom när det gäller möjligheten att påverka tider. På denna fråga får Gärsnäs hemtjänst en låg andel positiva svar. Enbart 40% anger att de har möjlighet att påverka tider jämfört med kommunen och riket som ligger på 61% respektive 60% positiva svar på denna fråga. Andelen som svarat att de besväras av ensamhet har ökat med 1 % medan andelen som anger att de har stora besvär med ångslan, oro och ångest har minskat med 5% vilket är positivt.

När det gäller brukarnas helhetssyn på det stöd och den hjälp de får från Gärsnäs hemtjänst så är andelen positiva svar 96% vilket är högre än genomsnittet i kommunen som är 95% och riket som är 89%.

De tre frågor som har störst positiv ökning jämfört med föregående år (6-7% ökning) är hänsyn till åsikter och önskemål, trygghet samt huruvida man upplever att personalen har tillräckligt med tid för att utföra stödet.

I kommunen genomförs en individuell kvalitetsuppföljning i samband med att omsorgshandläggaren träffar brukaren. I denna når Gärsnäs hemtjänst kvalitetsmåttan inom samtliga områden vilka är bemötande 88%, kvalitet 70%, kontinuitet 88% och delaktighet minst 88% positiva svar. Resultatet är från uppföljningar gjorda januari till juni 2019.

Resultat av besök i verksamhet

Verksamhetsbesöken i Gärsnäs hemtjänst samt i Nattpatrullerna visade en verksamhet som i stort fungerade bra. De brukare vi träffade upplevde sig nöjda med verksamheten.

Rutinerna kring läkemedelsöverlämning följdes vid det tillfället MAS följde med hemtjänsten men under rundan upptäcks brister från gårdagen. Läkemedelsplåster med fel dos och signeringslistor som ej har fyllts i, påträffades. Inte heller narkotikajournal hade räknats av. De basala hygienrutinerna följs inte då personalen bland annat inte har kompletta arbetskläder. Plastförkläden används inte vid bäddning och handsprit används inte vid rätt tillfällen.

Hemtjänstens möte på morgonen för att planera och fördela dagens arbete upplevdes ostrukturerat. Rundorna är planerade av samordnaren utifrån geografisk hänsyn. När sedan brukarnas önskemål, tillfälliga ändringar, avsaknad av viss delegation hos personalen i tjänst behövde vägas in, fick flera brukares besök eller delar av besök flyttas till annan runda. Samtlig personal i tjänst var involverad i dessa förändringar. Det upplevdes av undertecknade finnas stor risk att tappa något besök eller del av besök. Flera gånger under dagen ställdes också frågan personalen emellan; vem var där? vem skulle göra detta? Rutinen som finns för att kvalitetssäkra insatser i hemtjänsten följdes inte. Rutinen säger att personalgruppen ska gå igenom och stämma av att alla insatser utförts vid vissa tillfällen under arbetspasset.

Kvalitetscontroller deltog i hemtjänstens team-möte. Efter ett försök med att bara en personal deltog i team-mötet har verksamheten återgått till att alla som är i tjänst deltar, vilket uppskattas av personalen. Det är vid dessa möten teamet har möjlighet att hitta lösningar för brukaren genom att samla kompetensen, baspersonal, enhetschef, samordnare, sjuksköterska och rehab. Chefen dokumenterade kortfattat på ett bra sätt på avsedd plats men sedan dokumenterade även en av personalen och satte anteckningarna i en pärm för att kollegorna ska få del av vad som sades vilket då blir dubbeldokumentation. I stort sett all information som framkom bedöms av undertecknad höra hemma i respektive brukares journal. Vid granskning av dessa brukares dokumentation dagen efter skrevs inget av det in i journal. I pärmen fanns anteckningar från team-möten från början av 2018. Det är inte tillåtet att samla uppgifter om flera brukare i samma dokument och dokumentation kring den enskilde ska hållas samman (SOSFS 2014:5). Avsaknaden av dokumentationen i den enskildes journal medför att man inte kan följa utvecklingen för den enskilde.

Personalen i hemtjänsten upplevdes ha ett gott bemötande, ingav ett lugn hos brukaren och stämde av om brukaren behövde hjälp med något annat innan de fortsatte till nästa.

Personalen i nattpatrullen upplevdes ha ett gott bemötande och en god kännedom om de brukare de var hos. Personalomsättningen i nattpatrullen är låg och flera av dem har arbetat där i många år.

Även i nattpatrullen finns en grundplanering för de insatser som ska utföras och fördelningen av tillfälliga förändringar sker lite av sig själv. Personalen kör två och två och flertalet besök gör de tillsammans. En av dem är alltid ordinarie personal som har de delegationer som behövs. Om två besök ligger nära varandra geografiskt delar de upp sig och görs vars ett. I vilken ordning besöken görs avgörs huvudsakligen av var brukarna bor när det gäller nattpatrullerna i landsbygdsområdena. I centrala Simrishamn är brukarnas önskemål om tidpunkt mer styrande. Brukarna väntar ofta på att personalen ska komma en viss tid vilket dock ofta kan förändras om någon larmar och behöver hjälp. De olika patrullerna samarbetar och hjälper varandra vid behov.

Undertecknad upplevde att personalen i nattpatrullen inte hade kännedom om var de skulle hitta sina aktuella rutiner. De hänvisade till en rutinpärm på kontoret vilken visade sig innehålla flera äldre rutiner som i delar är inaktuella. Då undertecknad visade var de skulle hitta sina rutiner upplevdes det av personalen som att det fattades en del av de rutiner som är specifika för nattpatrullen. Till exempel saknades rutin om hur de skulle sjukanmäla sig på natten samt en rutin som de nyligen fått på mail om hur de skulle göra på natten om nyckelgömmorna inte fungerade. Personalen i nattpatrullerna som oftast arbetat länge kan det vardagliga men är extra utsatta om något hakar upp sig på natten då support och andra stödfunktioner inte är i tjänst. Personalen behöver då enkelt kunna hitta vad som gäller.

Resultat av aktgranskning

Vid granskning av dokumentationen, i relation till upplevelser i samband med verksamhetsbesöken, konstateras att det saknas en del journalanteckningar om händelser av vikt. Till exempel saknas dokumentation om utökat behov av stöd och försämrat allmäntillstånd. De konkreta uppgifter som undertecknad såg hade missats, kommunicerades omgående med enhetschef.

I genomförandeplanerna är ofta beskrivningen av "när" den enskilde önskar att en insats ska utföras, otydlig. Det anges vilken veckodag eller i stora drag om stödet önskas morgon eller kväll.

Verksamheten har i statistiken en låg andel positiva svar när det gäller möjligheten att påverka tider. Verksamheten behöver inhämta brukarens önskemål. För en del brukare och vid vissa insatser är det mindre viktigt och i dessa fall kan brukare och personal komma överens om att verksamheten får

styra. Andra brukare är noga med vilken tid och dag något ska ske och då ska det anges i planen som ett önskemål och vara utgångspunkten i planeringen.

I journal används ofta uttrycken "brukaren fick hjälp", "brukaren ville inte" i verksamheten vilket blir opersonligt. Brukarens namn används med fördel då journalen ägs av brukaren själv. Det är i första hand för brukarens skull vi dokumenterar. Det gör det också tydligare att det är rätt person som informationen avser.

Namn på mediciner förekommer i journalanteckningarna flera gånger hos vissa brukare vilket det inte ska göra då det kan leda till felaktigheter. Namn på läkemedel ska enbart förekomma i läkemedelslistan och i journal hänvisas till "HSL uppdraget" eller till "ordination". I övrigt beskrivs brukarnas hälsotillstånd och mående på ett bra sätt i journalen.

Avlidna eller brukare som flyttat till särskilt boende ligger felaktigt kvar som aktiva i verksamhetssystemet, verkställigheten har inte avslutats vilket är samordnaren eller enhetschefens ansvar. För flera brukare stämmer inte uppgiften om ansvarig enhetschef.

Hemtjänstområdet har en del icke verkställda beställningar. Det är rätt att de inte ska vara verkställda men verksamheten behöver återrapportera till ansvarig omsorgshandläggare att brukaren inte vill ha sina beviljade insatser så att dessa kan avslutas eller åtgärdas på annat sätt. Det kan vara så att verksamheten faktiskt har meddelat omsorgshandläggaren men då missat att anteckna detta i journal.

För övervägande delen av brukarna har det angetts att brukaren inte har varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Strävan är att alla ska vara delaktiga vilket också flertalet bör kunna vara då det gäller personer som bor i ordinärt boende. Vid sammanställning av uppgifterna om delaktighet syns tydligt att viss personal har angett delaktighet medan viss personal frekvent angett ej delaktig. Slutsatsen är att flera av medarbetarna saknar kunskap om innebörden av att vara delaktig i upprättande av genomförandeplanen. Brukarens delaktighet handlar om huruvida den enskilde getts möjlighet att framföra sina önskemål och kunnat påverka på vilket sätt de önskar få hjälpen utförd, inte att de nödvändigtvis varit med när den skrevs samman. En ökad tillgång på bärbara datorer i vård och omsorg det senaste året bör dock ha ökat möjligheten för kontaktpersonalen att faktiskt upprätta genomförandeplanen hemma hos den äldre.

Aktgranskningen visar att genomförandeplanerna överlag inte upprättats förrän insatser har pågått under en lång tid. Flera av genomförandeplanerna har nyligen upprättats för första gången i systemet trots att brukaren haft insatser sedan Maj 2018 då det nya verksamhetssystemet infördes. Rutinen säger att de ska påbörjas omgående och vara upprättade senast 14 dagar efter att en insats påbörjats. Genomförandeplanerna ska följas upp minst var 6e månad och uppföljningsdelen i verksamhetssystemet ska användas. Därutöver ska genomförandeplanen uppdateras om brukarens insatser eller behov förändras. I de granskade ärendena borde uppföljning också ha hunnits med sedan det nya verksamhetssystemet togs i drift men eftersom genomförandeplanen i grunden inte upprättats förrän nyligen har man inte i något av de granskade ärendena kommit fram till uppföljning ännu.

Den fysiska dokumentationen i hemtjänsten var i god ordning och förvarades på ett bra sätt.

Granskning av dokumentationen kring nattinsatserna visar att beskrivning av "hur" genomförandet av nattinsatserna ska ske, saknas överlag. Journalföring gällande händelser på natten upplevs vara minimal. Genomförandebeskrivningarna avseende insatser på natten behöver och ska enligt rutin ske i samverkan med brukarens kontaktpersonal som har huvudansvaret för att upprätta och följa

upp genomförandeplanen. I flera akter där dokumentationen kring nattinsats granskats finns ingen genomförandeplan upprättad i verksamhetssystemet för personen överhuvudtaget. Beskrivning av "hur" kan dock göras utan att genomförandeplanen startats.

Resultat av enkät

Enhetschef har besvarat enkäten och hänvisat till eller lämnat in efterfrågade dokument.

Dokumenterna är relevanta för enheten men en del rutiner och svar är inte relevanta utifrån att det är socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete som är grunden för verksamhetsuppföljningen. I enkäten har enhetschefen gett svar dels om det som efterfrågades men också svar om riskbedömningar och egenkontroller utifrån arbetsmiljö, brand och för hantering av livsmedel i sina svar. Det är av vikt att hålla isär de olika ansvarsområdena då respektive område har sina lagar, tillsynsmyndigheter och kontrollkrav. Det är också viktigt att hålla delarna isär för att veta vilket fokus man ska ha när man bedömer risker, genomför egenkontrollerna och analyserar. Ofta går sedan alla delarna ihop i verksamheten men det är viktigt att angripa dem var för sig till att börja med.

Under våren 2019 presenterades ett förtydligat kvalitetsledningssystem i förvaltningen som successivt håller på att implementeras. Olika utbildningsinsatser sker och digitala verktyg förfinas för att underlätta och göra strukturen tydligare. Det är bland annat för att hålla de olika ansvarsområdena isär som ledningssystemet anger vilka olika typer av möten som ska finnas i verksamheterna och vilket fokus som gäller på vilket möte. Aktuell verksamhet upplevs ha börjat arbeta in denna struktur på ett bra sätt.

Åtgärder att vidta

- A. Säkerställ att uppgifter och information som framkommer från kollegor eller andra professioner i verksamheten förs in i respektive brukares journal.
- B. Om omsorgshandläggaren har kontaktats i något ärende ska detta dokumenteras i journal.
- C. Namn på mediciner får inte förekomma i journalanteckningarna.
- D. Genomförandeplanen ska påbörjas omgående och vara färdigställd senast 14 dagar från det att insats har påbörjats.
- E. Genomförandeplanen ska uppdateras snarast vid förändringar av insatser eller behov av förändrat sätt att ge stödet.
- F. Gå igenom med personalen vad det innebär och på vilka sätt brukaren kan göras delaktig i planeringen av sitt stöd och ges möjlighet att utöva inflytande.
- G. Genomförandeplanen ska följas upp minst var 6:e månad och uppföljningsdelen i verksamhetssystemet ska användas.
- H. Säkerställ att samtliga insatser under ett arbetspass blir fördelade och utförda.
- I. Säkerställ att basala hygienrutiner följs av alla.
- J. Säkerställ att rutinerna kring läkemedelsöverlämning följs av alla.

Kvarstående punkter från föregående verksamhetsuppföljning (2017)

1. Se till att samtliga tillfällen då det sker en händelse av vikt dokumenteras i journal.
2. Förse genomförandeplanerna med uppgifter om "NÄR" på dygnet/ i veckan brukaren har önskemål om att få insatsen utförd.

3. Se till att alla genomförandeplaner innehåller en beskrivning av på vilket sätt den enskilde haft inflytande/getts tillfälle att ha inflytande på innehållet i planen.

Förslag till beslut

Socialnämnden föreslås besluta

Att Gärsnäs hemtjänst och Nattpatrullerna ska återkomma med redovisning av genomförda åtgärder enligt ovan senast den 30/9 2019.

Christina Eriksson

Kvalitetscontroller

Christine Helldén

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Stina Lundquist

Socialchef

2019-08-01

Information till:

Verksamhetschef för Gärsnäs hemtjänst samt Nattpatruller

Avdelningschef Vård och Omsorg



Redovisning av åtgärder från Verksamhetsuppföljning

GÄRSNÄS Vård & Omsorg, 2019

Åtgärds punkt	A. Säkerställ att uppgifter och information som framkommer från kollegor eller andra professioner i verksamheten förs in i respektive brukares journal.
Åtgärd	Vidtagen: Vid teammöte används dator av personalen där dokumentationen görs parallellt med mötets protokoll. Dokumentation skall göras direkt i systemet och inte i analog anteckning.
Ansvarig	Enhetschef
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart
Uppföljning	Uppföljning kontinuerligt APT.

Åtgärds punkt	B. Om omsorgshandläggaren har kontaktats i något ärende ska detta dokumenteras i journal.
Åtgärd	Vidtagen: Dokumentation överlag har diskuterats på APT/Verksamhetsmöte, med tydliggörande om vårt uppdrag. Alla händelser utöver "det vanliga" ska dokumenteras.
Ansvarig	Enhetschef
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart
Uppföljning	Uppföljning kontinuerligt APT.

Åtgärds punkt	C. Namn på mediciner får inte förekomma i journalanteckningarna.
Åtgärd	Vidtagen: Sjuksköterska har tydliggjort. Planerad: Fortsatt påminnelse kommer kontinuerligt ske på APT.
Ansvarig	Enhetschef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart
Uppföljning	Uppföljning kontinuerligt APT.

Åtgärds punkt	A. Genomförandeplanen ska påbörjas omgående och vara färdigställd senast 14 dagar från det att insats har påbörjats.
Åtgärd	Oklarhet har rådit hos Nattpatrullen gällande huruvida de ska göra genomförandeplan eller om ansvaret varit dagpersonalens. Vidtaget: Detta har klargjorts enligt rutin för Nattpatrullen och utbildning i hur planen görs genomförd på APT. Förtydligande för utegruppen Gärsnäs. Genomgång gemensamt av egenkontroll görs på APT.
Ansvarig	Enhetschef
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart
Uppföljning	Uppföljning kontinuerligt APT.

Åtgärds punkt	B. Genomförandeplanen ska uppdateras snarast vid förändringar av insatser eller behov av förändrat sätt att ge stödet.
---------------	--

Åtgärd	Vidtaget: Förtydligande för utegruppen Gärsnäs. Genomgång gemensamt av egenkontroll görs på APT.
Ansvarig	Enhetschef
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart
Uppföljning	Uppföljning kontinuerligt APT.

Åtgärds punkt	F. Gå igenom med personalen vad det innebär och på vilka sätt brukaren kan göras delaktig i planeringen av sitt stöd och ges möjlighet att utöva inflytande.
Åtgärd	Vidtaget: Portabel laptop med sim-kort för uppkoppling har införskaffats, personalen <i>skall</i> använda den, alternativt skriva ner samtligt som framkommer tillsammans med brukare kring HUR denne vill ha sin insats utförd.
Ansvarig	Enhetschef, baspersonal
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart
Uppföljning	Uppföljning kontinuerligt APT.

Åtgärds punkt	G. Genomförandeplanen ska följas upp minst var 6:e månad och uppföljningsdelen i verksamhetssystemet ska användas.
Åtgärd	Vidtaget: Klargjort för hela Gärsnäs VoO. Genomgång fortsatt gemensamt av egenkontroll görs på APT.

Ansvarig	Enhetschef, baspersonal
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart
Uppföljning	Uppföljning kontinuerligt APT.

Åtgärds punkt	H. Säkerställ att samtliga insatser under ett arbetspass blir fördelade och utförda.
Åtgärd	Vidtaget: Har diskuterats i helgrupp Gärsnäs utegrupp på APT. Man anser sig stämma av enligt rutin under dagen.
Ansvarig	Enhetschef, baspersonal
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart
Uppföljning	Uppföljning kontinuerligt APT.

Åtgärds punkt	I. Säkerställ att basala hygienrutiner följs av alla.
Åtgärd	Vidtaget: Rutin samt MAS instruktion har upprepat gåtts igenom på APT. Stickprover görs kontinuerligt.
Ansvarig	Chef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska

Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart
Uppföljning	Uppföljning kontinuerligt APT.

Åtgärds punkt	J. Säkerställ att rutinerna kring läkemedelsöverlämning följs av alla.
Åtgärd	Vidtaget: Enskilda samtal samt i grupp, av både sjuksköterska och EC. Omplacering av personal har gjorts.
Ansvarig	Enhetschef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart
Uppföljning	Uppföljning kontinuerligt APT.

Åtgärds punkt	1. 2017 Se till att samtliga tillfällen då det sker en händelse av vikt dokumenteras i journal.
Åtgärd	Vidtaget: Upprepat påtalats på APT, stickprover genom egenkontroll.
Ansvarig	Enhetschef, baspersonal
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart
Uppföljning	Uppföljning kontinuerligt APT.

Åtgärds punkt	<p>1. 2017 Förse genomförandeplanerna med uppgifter om "NÄR" på dygnet/ i veckan brukaren har önskemål om att få insatsen utförd.</p> <p>2. 2017 Se till att alla genomförandeplaner innehåller en beskrivning av på vilket sätt den</p>
---------------	--

	enskilde haft inflytande/getts tillfälle att ha inflytande på innehållet i planen.
Åtgärd	Vidtaget: Förtydligat att brukaren SKA vara delaktig i skapandet av genomförandeplanen som skall vara tydlig med HUR stödet ska ges inkluderat ungefärlig tid insatsen planens utförs.
Ansvarig	Baspersonal
Klart/Beräknas klart MMÅÅ	Klart
Uppföljning	Uppföljning kontinuerligt APT.