

Verksamhetsuppföljning – Toftakärr och Borrby hemtjänst område

Maj 2019

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Verksamhetsuppföljning för Toftakärr och Borrby hemtjänstområde har genomförts under maj och juni månad 2019. I verksamhetsuppföljningen har enhetschef och sjuksköterska svarat på enkäter, kontroll av dokumentation har genomförts i verksamhetssystem genom aktgranskning. Besök i verksamheten har genomförts av kvalitetscontroller och medicinskt ansvarig sjuksköterska på Toftakärrens enheter under vardera en halvdag och besök har gjorts i hemtjänsten av kvalitetscontroller under en eftermiddag. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har deltagit i morgonarbetet med sjuksköterska i verksamheten.

1.2 Rutin för granskning

Verksamhetsuppföljningen har skett enligt 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

Verksamheten består av ett särskilt boende, Toftakärr, med en dubbelenhet med inriktning somatik, Ängen/Lunden, en enhet med bedömningsplatser inriktade mot missbruk, Cissela, samt ett hemtjänstområde, Borrby med omnejd. Sammanlagt finns 14 lägenheter på enheten med inriktning somatik och på enheten med inriktning missbruk bor vid tidpunkten för besöken 6 personer varav fyra har beslut om särskilt boende som grund.

1.4 Sammanfattning

Kvalitet – Sammanfattning av brukarundersökningar

Brukarundersökningarna och besöken i verksamheten visar entydigt att personalens bemötande av brukarna i det dagliga arbetet är bra. Enligt både lokal och offentlig statistik är brukarna sammantaget mycket nöjda med både Borrby hemtjänst och Toftakärrens särskilda boende.

Rutiner och dokumentation – Sammanfattning av besök i verksamheten

Verksamhetsuppföljningen visar att hemtjänsten, det särskilda boendet och enheten med bedömningsplatser har olika delar de behöver arbeta med.

Aktgranskningen i verksamhetssystemet visar att enheten har brister i dokumentation avseende brukarna.

Hemtjänsten är huvudsakligen igång med att upprätta genomförandeplaner, löpande journalföring i verksamhetssystemet och personalen visar intresse för att få det att fungera men behöver vidareutveckla dokumentationen.

Det särskilda boendet behöver arbeta med dokumentationen från grunden och även få förståelse för syftet med dokumentationsskyldigheten. Brister i dokumentationen syns här främst avseende genomförandeplaner då dessa i flera fall saknas helt men även brister inom löpande journalföring syns. Syftet med att upprätta en genomförandeplan är att brukaren ska kunna påverka på vilket sätt och när hjälp och stöd ska ges. Dessa önskemål ska tecknas ner i planen så att både fast och vikarierande personal kan arbeta utifrån brukarens önskemål. I journalen ska sedan avstegen från denna överenskommelse dokumenteras. Hos delar av personalen uppfattas att det finns bristande kunskap om dokumentation men även en ovilja att dokumentera så som föreskrifterna anger och i det verksamhetssystem som är avsett för detsamma. Personalen på det särskilda boendet dokumenterar men gör det på annat sätt än det föreskrivna för att till exempel överföra information till kollegor och arbetspass emellan och dokumenterar i almanackan särskilda händelser kring brukarna vilket förmodligen gör att det ändå fungerar och att resultaten i brukarundersökningarna visar nöjda brukare överlag. Deras sätt att dokumentera gör det svårt att i efterhand följa upp och säkerställa att en brukare fått det stöd och den hjälp som personen har rätt till. Dokumentationen bevaras inte och kan inte särskiljas för enskild individ.

Enheten med bedömningsplatser behöver arbeta tydligare med de uppsatta målen för brukarna.

Bristande dokumentation gör att den enskildes rättssäkerhet inte kan säkerställas.

I verksamheten finns inaktuella rutiner tillgängliga i fysisk form och personalen har övervägande bristande kunskap om var de ska hitta de gällande rutinerna som är tillgängliga digitalt. Ansvarig chef är medveten om bristerna, hen känner till de rutiner, verktyg och stödfunktioner som ska användas men behöver stöd för att öka kunskapen, implementera och få acceptans för rutiner och föreskrifter avseende dokumentation hos stora delar av sin personal, främst inom det särskilda boendet.

Inom HSL-området finns brister gentemot de basala hygienrutinerna avseende användandet av plastförkläde, handskar och arbetskläder.

Bristerna ger vid handen att behov finns av relativt omgående åtgärder. Enheten föreslås ta stöd av förvaltningen för ett förbättringsarbete.

2. Resultat brukarundersökningar

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

Den offentliga statistiken bygger på uppgifter som samlats in början av året, i detta fall februari 2018 som sedan redovisas i oktober samma år. Den lokala statistiken inhämtas kontinuerligt och redovisas tre gånger om året, april, augusti och december, under förutsättning att minst 5 svar finns.

2.1 Lokal statistik

I samband med att omsorgshandläggaren träffar brukaren för uppföljning ställs frågor om kvalitet. Resultatet av de individuella kvalitetsmätningar som gjorts under 2018 visar att både Toftakärr och Borrby hemtjänst uppfyller nämndens krav på kvalitet med god marginal. Kvalitetsmått som minst ska uppnås för bemötande är 88% positiva svar, kvalitet 88 %, kontinuitet 70% och delaktighet 88%. Inom samtliga kvalitetsområden i den individuella kvalitetsmätningen får Borrby hemtjänst och Ängen/Lunden 100% positiva svar. Resultaten inhämtade från januari till augusti 2019 visar en liten sänkning avseende kvalitetsmått kontinuitet och delaktighet inom hemtjänsten men fortfarande uppnås kraven med god marginal.

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 2018, syns följande:

Hemtjänst Borrby

56% av enkäterna som besvarats av brukare med hemtjänst i Simrishamns kommun har besvarats av brukaren själv.

Resultatet som presenterats i KOLADA hösten 2018 bygger på undersökningar som gjordes i början av det året. Då ingick både Borrby och Skillinge hemtjänst i distriktet Södra vård och omsorg. Resultat specifikt för Borrby hemtjänst kan därför inte presenteras.

Södra vård och omsorgs distriktet har i merparten av frågorna fått en lägre andel positiva resultat i senaste undersökningen jämfört med 2017. Det gäller frågan om helhetssyn, hänsyn till brukarens åsikter och önskemål, känslan av trygghet, huruvida man upplever att personalen har tillräckligt med tid, andel hemtjänsttagare med fast namngiven personalkontakt samt brukarens upplevelse av möjligheten att påverka tider. Samtliga dessa resultat är lägre än genomsnittet i kommunen. Frågorna om Trygghet, möjligheten att påverka tider, andelen hemtjänsttagare med fast namngiven personalkontakt fick också en lägre andel positiva svar än genomsnittet i riket.

Frågan om personalens bemötande i Södra vård och omsorgs distriktet har en fortsatt hög andel positiva svar, 100%. Andelen brukare som ofta känner sig ensamma har minskat något sedan 2017.

Särskilt boende Toftakärr

I genomsnitt på särskilt boende i Simrishamn är det 38% av brukarna som själva besvarat enkäterna vilket är något procent högre än i Sverige i genomsnitt.

Frågor som fått en något minskad andel positiva svar från brukarna på Toftakärr 2018 jämfört med 2017 är förtroendet för personalen samt huruvida brukarna upplever att de informeras om förändringar. Toftakärrens brukares upplevelse av möjligheten att komma ut, hade en lägre andel positiva svar 2017 än både genomsnittet i Simrishamn och i riket. Inget resultat finns specifikt för Toftakärr på denna fråga 2018 men i genomsnitt på särskilda boende i Simrishamn har andelen positiva svar på denna fråga minskat med några procentenheter jämfört med 2017.

Andelen positiva svar på frågorna om hur brukarna på Toftakärr tycker att maten smakar samt vad man tycker om måltidsmiljön, har minskat någon procentenhet jämfört med 2017 men får en högre andel positiva resultat än övriga särskilda boenden i Simrishamn. Toftakärr har även en högre andel positiva svar på frågan än genomsnittet i riket.

Statistiken visar att personalresurserna på Toftakärr är högre än genomsnittet för övriga särskilda boenden i Simrishamn. Främst är det enheten med bedömningsplatser som har en högre personaltäthet per boende än på den somatiska enheten.

Andelen positiva svar på frågan om brukarna på Toftakärr upplever att personalen har tillräckligt med tid, har ökat från 60% 2017 till 100% positiva svar 2018.

Övriga frågor som för Toftakärr fått en ökad andel positiva svar 2018 jämfört med året innan är helhetssynen på boendet och brukarens känsla av trygghet.

3. Resultat av besök i verksamhet

Hemtjänst Borrby

Verksamhetsbesök i hemtjänsten och på det särskilda boendet Toftakärr visade en verksamhet som i det stora hela fungerade bra och de brukare vi hade möjlighet att fråga om hur de tyckte att det fungerade var övervägande mycket nöjda men några hade också tankar om att vissa delar av deras stöd kunde varit bättre. Tex tyckte någon att viss personal inte var så välvillig till att hjälpa hen med tekniken som sina kollegor, någon tyckte att det mesta var bra men önskade att personalen ibland skulle bry sig lite mer om hen i anhörigrollen också.

Det finns en god planering och struktur. Det finns en utsedd gruppleddare under arbetspassen. Personalen är noggranna så att alla brukare och tillfälliga förändringar är med i planeringen innan de påbörjar sina arbetspass. De stämmer gemensamt av under dagen så att allt är gjort såsom rutinen för att kvalitetssäkra insatserna anger. De fysiska akterna är i god ordning.

Listor sitter uppe på väggen på kontoret med namn och personnummer på brukare. En lista avser utförda ledsagningstimmar och en är en beställningslista för inkontinensskydd. I verksamhetssystemet finns särskild journalrubrik som ska användas för att dokumentera ledsagningstimmar vilket personalen uppmärksammas på. Beställningslista avseende inkontinensskydd bör enbart vara tillfällig och bör under tiden den används förvaras säkrare så att personuppgifterna skyddas från obehöriga. Namn, personnummer och uppgifter om till exempel användandet av inkontinenshjälpmedel (uppgifter om hälsa) är att räkna till personuppgifter som enligt lagstiftning (GDPR) har ett särskilt skyddsvärde.

Särskilt boende Toftakärr

På det särskilda boendet flöt morgonarbetet avseende hälso- och sjukvårdsinsatser på ett bra sätt. Personalen upplevdes ha bra koll och noggrannhet vid utförandet av delegerade uppgifter. Följsamheten gentemot de basala hygienrutinerna brister dock då plastförkläde inte används såsom rutinen anger. Samma handskar användes under hela morgonarbetet. Handskarna är fortfarande på när rummet lämnas för att personalen ska gå ut i tvättstugan och hämta rena kläder vilket då innebär att eventuell smitta kan spridas. En del personal använder inte arbetskläder, överdel och nederdel, trots att det finns att tillgå i källaren.

Cissela

Enheten Cissela består av ett antal lägenheter och gemensamhetsutrymmen som används som bedömningsplatser för personer med missbruksproblematik. Några av brukarna är aktiva missbrukare. Brukarna är beviljade plats där under en period för att bedöma vilket behov av stöd och hjälp de behöver. I verksamheten finns tydliga handlingsplaner vid hot och våld och de är välkända av personalen. I verksamheten upplevs det finnas mycket "stand by" tid men händer nåt händer det mycket på en gång. Dock är instruktionen att personalen i dessa lägen ska sätta sig i

säkerhet och ringa väktare. Två personal arbetar dagtid, en del av dagen är de tre. Mycket av personalresurserna kretsar kring en brukare och påverkar tillvaron för övriga boende på ett negativt sätt. Verksamheten har svårt att arbeta på ett bra sätt med övriga brukare och deras mål med boendet och stödet. Verksamheten behöver tydligare arbeta med de mål som finns för de boende då platserna på Cissela syftar till att utreda vilken typ av stöd och hjälp som brukarna har, meningen är inte att de ska bo på Cissela permanent. Få av personalen har erfarenhet av att arbeta med missbruk men samverkan finns med Prologen som är socialförvaltningens ordinarie verksamhet för vuxna med missbruksproblematik. Personalen har regelbunden handledning i lågaffektivt bemötande, vilken man är nöjd med och personalen upplever att de får bra stöd i arbetet från sin chef.

Ängen/Lunden

I samtal med personal på enheten Ängen/Lunden framkommer att de inte skriver några genomförandeplaner. Personalen i tjänst vet inte var de hittar aktuella rutiner mer än att de ska finnas i datorn. Den rutinpärm som finns på kontoret innehåller rutiner som till största delen är inaktuella. Personal framför att det inte finns tid att dokumentera eller sätta sig och leta fram rutinerna på intranätet, man menar att det tar tid bara att logga in i systemet. På Ängen/Lunden finns en person anställd som extratjänst som servar de äldre vid måltiderna, sköter odlingarna på altanen och en del annat. Undertecknads upplevelse är att det finns tid som personal kan ägna sig åt dokumentation men verksamheten behöver planera och strukturera arbetet så att sådana tillfällen under arbetsdagen tas tillvara. Kontoret ligger i nära anslutning till det gemensamma köket/allrummet vilket gör att personal inte behöver lämna enheten för att dokumentera.

Några i personalen på Ängen/Lunden berättar att de numera sällan har tid på sina möten att prata om utveckling av verksamheten och brukarnas behov vilket de saknar. De upplever att mötestiden går åt för att lösa olösta arbetspass. De menar att tanken med önskeschema var god men att det ändå inte blir så när man sedan måste byta eller ta fler pass för att lösa det. Det finns en ovilja hos flera att försöka lösa schemat vilket gör att det tar tid från annat.

Personalen på Ängen/Lunden visar och berättar att de har börjat skriva kortversioner av genomförandeplaner i ett dokument i datorn som de sedan ska skriva ut, klippa isär och fästa på insidan av brukarens medicinskåp för att ha beskrivningarna nära till hands. Detta förfaringssätt är inte acceptabelt. Samtliga brukare på enheten saknar den genomförandeplan som enligt Socialstyrelsens föreskrifter snarast ska upprättas efter att en insats påbörjats. Kommunens rutiner anger att genomförandeplan ska upprättas senast 14 dagar efter att en insats påbörjats och därefter uppdateras vid behov, dock minst var 6:e månad.

Någon brukare använder dagligen videosamtal för att hålla kontakt med anhöriga och har tills nyligen även använt sin dator en hel del. Brukaren har fått hjälp av någon personal men personalen känner sig tveksam att hjälpa till för mycket då vissa kollegor inte tycker att sådan hjälp ska ges. I journal och genomförandeplan bör brukarens behov av stöd med sin dator och platta dokumenteras. Sådan hjälp kan även efter ansökan beviljas som bistånd, om det behöver tydliggöras.

Stora trädäck i anslutning till gemensamhetsutrymmena har byggts sedan förra verksamhetsuppföljningen vilket möjliggör för brukarna att på ett enkelt sätt vistas ute varje dag. Personalen försöker även erbjuda promenader för de brukare som så önskar. Personalen i tjänst upplever inte att de har tid att erbjuda brukarna några andra aktiviteter. De menar att det inte blir något alls nu sedan aktivitetshandledarna togs bort förra året.

Både i hemtjänsten och på Ängen/Lunden arbetar flera som är van personal och som arbetat där länge. De känner både brukarna och kollegorna.

4. Resultat av aktgranskning

Hemtjänst Borrby

En del brukare kvar i systemet som borde varit avslutade, deras insatser är avslutade men personuppgifterna ligger kvar. Genomförandeplaner saknas för några av brukarna och några har inte följts upp som de ska. Journalanteckningar förs men det borde rimligen finnas mer som skulle ha dokumenterats.

Särskilt boende Toftakärr

Verksamheten uppfyller inte nämndens krav på dokumentation. Vid aktgranskning framkommer stora brister vad gäller journalföring och genomförandeplan. Av journalanteckningarna går det inte att följa genomförandet. Genomförandeplaner saknas för ett flertal brukare.

Pärmarna hos patienterna som innehåller uppgifter kring hälso-och sjukvårdsarbetet uppdateras inte enligt rutin. Nattpersonalen berättar att det kan finnas gamla läkemedelslistor som sitter kvar i pärmen. Det finns även andra inaktuella dokument så som ordination om träning med mera då de inte alltid byts ut som de ska.

Cissela

I journalerna som förs utifrån arbetet inom socialtjänstlagen saknas det för brukarna på främst Cissela övervägande dokumentation av beviljade insatser som inte blir utförda. Det saknas helt genomförande plan för vissa brukare. För någon finns en plan men som är inaktuell. Huvudsakligen handlar journalanteckningar om när brukarna kommer och går, huruvida de är nyktra, otrevliga eller om de ber om medicin. Journalanteckningar om huruvida det går att ge det stöd som brukarna är beviljade eller hur personalen arbetar sig framåt utifrån de målsättningar som finns för respektive brukare, är nästintill obefintliga. I en verksamhet vars syfte är att bedöma behov eller att rusta personer med goda rutiner för ökad självständighet är det av största vikt att planera och dokumentera för att kunna följa upp och utvärdera hur det utvecklar sig för brukaren med de metoder och arbetssätt man använder sig av.

Ängen/Lunden

Endast en brukare på Ängen/Lunden har en genomförandeplan och den har inte följts upp som den ska. Överlag finns det få anteckningar i journal vilket gör att det inte går att följa hur det utvecklar sig för den enskilde eller att säkerställa huruvida den enskilde fått det stöd den har rätt till och på det sätt som den vill.

Kontaktpersonalen bör minst en gång i månaden göra en sammanfattning av hur brukaren mår, har det och hur stödet har fungerat. Genomförandeplanen ska utgöra grunden i arbetet och journalen ska sedan användas för att dokumentera avvikelser från planen. Genomförandeplanen syftar till att skapa trygghet för den enskilde genom att personalen ger stödet på samma sätt och på den tid och på det sätt som den enskilde varit med och bestämt.

5. Resultat av enkät

Enhetschef har besvarat enkäten som handlar om verksamhetens arbete med systematiskt kvalitetsarbete och gått igenom den och tillhörande rutiner tillsammans med kvalitetscontroller. Enhetschef känner till de olika verktygen som finns för att underlätta det systematiska

kvalitetsarbetet men har ännu inte riktigt börjat att använda dem. Verksamheten har under våren börjat använda sig av den mötesstruktur som har tagits fram centralt inom förvaltningen även om mötena tyvärr har kommit att fokusera allt för mycket på schemaläggning under våren.

Enhetschef har även besvarat enkäten som handlar om hälso-sjukvård och arbetet utifrån basala hygienrutiner. Det råder en osäkerhet om vem som ska skriva ut SIP (Samordnad individuell plan) från Mina planer (gemensamt IT system för överenskommelse mellan region och kommun) som ska sitta i patientpärmerna. Enhetschef kommer att diskutera med sjuksköterskan vem som ska göra det så att alla patienterna har sin plan i pärmerna. Enhetschef upplever det inte vara svårt att utreda avvikelser men med brist på tid så har personal och brukares löpande behov prioriterats. Då det ligger många avvikelser öppna så ska de åtgärdas omgående. Enhetschef anser sig inte behöva stöd med dessa i nuläget, bara tid att sätta sig och ta tag i det. Alla brukare är inte riskbedömda i Senior Alert av samma anledning som att avvikelserna inte är utredda, arbetet pågår. Det känns positivt med nytt samarbete, arbetsterapeut och fysioterapeut. Följsamheten gentemot de basala hygienrutinerna skiljer sig åt mellan hemtjänst och särskilt boende. Egenkontroll utförs en gång per år och man tar upp basala hygienrutiner på APT.

Verksamheten har team-träffar med olika intervall för det särskilda boendet och för hemtjänsten. En personal från enheten deltar samt sjuksköterska, rehab och enhetschef. Enhetschef upplever att personalen som deltar är väl förberedd och har samlat in frågor från arbetsgruppen som behöver lyftas i teamet för att med hjälp av den samlade kompetensen hitta lösningar som ger brukaren bättre stöd.

Enhetschefen ger flera exempel som visar att verksamheten är uppmärksam på risker och analyserar dem och skapar åtgärder både inför förändringar men också uppmärksam på annat i vardagsarbetet som kan innebära en risk. Däremot dokumenteras riskanalysarbetet inte precis. Verkytget bedöma risker i verksamheten används inte men enhetschefen kommer att börja använda det omgående. Verkytget stödjer både identifiering, dokumentation och analys av risker.

6. Åtgärder att vidta

Åtgärder att vidta omedelbart SOL:

1. Upprätta genomförandeplaner på samtliga brukare.
2. Säkerställ att genomförandeplanen utgår från den enskildes önskemål om hur och när insatsen ska genomföras.
3. Säkerställ att målen med insatsen är tydliga och framgår av genomförandeplanen.
4. Åtgärda samtliga avvikelser.
5. Rensa utskrivna inaktuella rutiner.

Åtgärder att vidta omedelbart HSL:

6. Säkerställ att rutin för vem som uppdaterar HSL-pärmar finns och fungerar. (Kontaktpersonal eller sjuksköterska).
7. Säkerställ att basala hygienrutiner följs.
8. Åtgärda samtliga avvikelser

Åtgärder för att följa socialnämndens beslutade ledningssystem som senast ska vara genomförda hösten 2019:

9. Planera och strukturera arbetet så att utrymme ges för att dokumentera.

10. Planera och strukturera arbetet så att möten används så som ledningssystemet anger.
11. Arbetssätt införs för att säkerställa att genomförandeplan upprättas senast 14 dagar efter att en insats påbörjats.
12. Arbetssätt införs för att säkerställa att genomförandeplaner följs upp minst var 6:e månad eller vid behov.
13. Arbetssätt införs för att säkerställa att dokumentation görs i enlighet med gällande föreskrift, bl a att:
 - namn på mediciner inte får förekomma i SOL-journal
 - Dokumentera avvikelser från genomförandeplanen samt övriga händelser av vikt.
14. Säkerställ att all personal har kunskap om sin dokumentationsskyldighet
15. Arbetssätt införs som säkerställer att riskbedömningar i Senior Alert genomförs och används för att förbättra arbetet kring brukare/patienter
16. Säkerställ att all personal har kunskap om var de hittar aktuella rutiner
17. Arbetssätt införs för att säkerställa årlig genomgång av basala hygienrutiner för ordinarie personal samt att vikarier får genomgång när anställning påbörjas.

7. Kvarstående punkter från föregående verksamhetsuppföljning

- Journalföring
- Genomförandeplaner
- Systematiskt kvalitetsarbete, sammanställning och analys

8. Förslag till beslut

Socialnämnden föreslås besluta

Att verksamheten Toftakärr och Borrby hemtjänst ska återkomma med redovisning av genomförda och planerade åtgärder enligt ovan senast den 25/11 2019.

Christina Eriksson

Kvalitetscontroller

Christine Helldén

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Stina Lundquist

Socialchef

Simrishamn 2019-10-10

Information till:

Enhetschef för Toftakärr och Borrby hemtjänst

Avdelningschef Vård och Omsorg

Redovisning av åtgärder från verksamhetsuppföljning Borrby vård och omsorg 2019

2019-11-19

Åtgärds punkt	Ansvarig	Vidtagna/Planerade åtgärder	Tidsplan	Uppföljning
<p>Dokumentation enligt gällande lagstiftning</p> <p>Genomförandeplaner</p>	Linda Larsson (EC)	<p>Det är påbörjat ett åtgärdsarbete genom att Christina Eriksson som är verksamhetscontroller kommit ut till verksamheten för att handleda medarbetarna kring att skriva och arbeta med genomförandeplaner.</p> <p>Fyra tillfällen är planerade i november 2019 och medarbetare bokar in sig på dessa.</p>	<p>Påbörjat.</p> <p>Ska vara klart den 31 december 2019.</p>	10 januari 2020.
<p>Dokumentation enligt gällande lagstiftning</p> <p>Genomförandeplaner</p>	Linda Larsson (EC)	<p>Genomförandeplaner på samtliga brukare upprättas. Detta görs i samband med medarbetarnas handledning av verksamhetscontroller för att säkerställa att genomförandeplanerna följer gällande struktur.</p>	<p>Påbörjat.</p> <p>Ska vara klart den 31 december 2019.</p>	10 januari 2020.
<p>Dokumentation enligt gällande lagstiftning</p>	Linda Larsson (EC)	<p>Samtliga tillsvidare- och månadsanställda medarbetare ska</p>	<p>Påbörjat.</p> <p>Ska vara klart</p>	15 mars 2020.

		genomgå en dokumentationsutbildning.	senast den 10 mars 2020.	
Dokumentation enligt gällande lagstiftning	Linda Larsson (EC)	Under 2020 kommer ett särskilt tillfälle (exempelvis planeringsdag) att fokusera på dokumentation och genomförandeplaner. Som en uppföljning av den utbildning och handledning som genomförs.	Genomförs under 2020.	15 december 2020.
Mötesstruktur Upplevelse av att inte hinna ägna mötestid åt fokus på utveckling och brukares behov.	Linda Larsson (EC)	<p>Metodmöte kommer att avsättas regelbundet under vår och höst 2020 som forum för dialog gällande metoder inom arbetet. Där inryms fokus på utveckling och brukares behov. Under november/december kommer dialog ske på redan inplanerade möten.</p> <p>I samband med arbetsplatsträff under november/december 2019 kommer bemanningenheten att delta i samband med diffmöte som avser schema, i syfte att identifiera eventuellt behov av att effektivisera denna del.</p>	<p>Effektivisering av schemaarbetet sker i November/december 2019.</p> <p>Från januari 2020 planeras särskilda metodmöten in enligt gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	15 mars 2020.

<p>Rutiner i verksamheten</p>	<p>Linda Larsson (EC)</p>	<p>Översyn gällande aktuella rutiner inom vård och omsorg. En pärm upprättas där samtliga aktuella rutiner kommer att finnas att tillgå i skriftlig form. Denna pärm kommer att revideras fortlöpande i samband med rutiner revideras eller tillkommer.</p> <p>Utredningssekreterare håller i genomgång med medarbetarna kring hur de hittar rutiner genom Office 365, SharePoint.</p>	<p>Översyn av rutiner under november-december 2019.</p> <p>Utredningssekreterare bjuds in för genomgång av Office 365, senast den 15 mars 2020.</p>	<p>31 december 2019.</p> <p>15 mars 2020.</p>
<p>Basala hygienrutiner</p>	<p>Linda Larsson (EC)</p>	<p>Vid arbetsplatsträff i november och december kommer enhetschef att gå genom de basala hygienrutinerna samt hygienkontraktet. Alla medarbetare kommer att få underteckna det.</p> <p>Egenkontroll av basala hygienrutinerna genomförs under november – december 2019.</p>	<p>November-december 2019.</p>	<p>10 januari 2020.</p>
<p>HSL-pärmar</p>	<p>Linda Larsson (EC)</p>	<p>Enhetschef och sjuksköterskor kommer</p>	<p>Ska vara klart senast den 31 januari 2020.</p>	<p>15 februari 2020.</p>

		<p>gemensamt fram till vem som ska göra vad kring HSL-pärmarna.</p> <p>Efter detta så informerar EC medarbetarna om vad som gäller.</p>		
Senior Alert Riskbedömningar	Linda Larsson (EC)	Genomgång av Senior Alert för att kartlägga eventuellt behov av förändring av arbetssätt för att säkerställa att riskbedömningar genomförs.	Ska vara klart senast den 28 februari 2020.	15 mars 2020.
Avvikelse i verksamhetssystem	Linda Larsson (EC)	Enhetschef kommer att åtgärda samtliga tidigare avvikelser i systemet.	Ska vara klart senast den 6 december 2019.	15 december 2019.
Systematiskt kvalitetsarbete, dokumentera riskanalysarbetet	Linda Larsson (EC)	Börja använda verktyget "Bedöma risker i verksamheten" för att kvalitetssäkra processen med att identifiera risker och riskanalyser.	Ska påbörjas senast den 10 december 2019.	15 januari 2019.
Övrigt, struktur	Linda Larsson (EC)	Arbeta med att utveckla den dagliga planeringen av brukarnas stödinsatser på särskilt boende.	Arbetet ska påbörjas senast den 10 februari 2020.	30 april 2020.

