

Verksamhetsuppföljning – Attendo Lillevång

Mars 2019

Bakgrund

Verksamhetsuppföljning för Attendo Lillevång har genomförts i mars 2019.

Verksamhetsuppföljningen består av tre delar.

Verksamhetschefen har svarat genom att bifoga rutiner samt gett beskrivningar om verksamheten och hur den fungerar inom socialtjänstlagens område. Verksamhetsuppföljningen inkluderar hälso- och sjukvårdsområdet och till grund för tillsynen ligger ett frågeformulär som går igenom med sjuksköterskor och enhetschef.

Verksamhetsbesök i form av observation har gjorts på samtliga enheter under ett pass från tidig morgon till kvällsmat samt ett pass från tidig eftermiddag och en bit in på natten. Under besöken har frågor ställts till personal samt till brukare och anhöriga vid lämpliga tillfällen för att få en tydligare bild av verksamheten.

Kontroll av dokumentation har genomförts vid verksamhetsbesöken samt i verksamhetssystemet Procapita/Lifecare genom akt granskning.

Verksamheten

Verksamheten består av ett särskilt boende med 5 enheter, samtliga med somatisk inriktning. Flera av de boende har demensdiagnos men där det somatiska behovet bedömts överväga i samband med inflyttningen. Sammanlagt finns 48 platser på enheten. Fyra enheter med tio lägenheter och en enhet med 8 lägenheter. På någon enhet bor fler brukare än vad det finns lägenheter då där bor en del par. Verksamheten drivs i privat regi utifrån LOU (Lagen om offentlig upphandling). Lillevång drivs av Attendo sedan den 1 oktober 2016.

Kommunens avtal med Attendo har sagts upp och Lillevång kommer att gå över i kommunal regi från november 2019.

Under hösten 2018 samt en bit in på 2019 har verksamhetschefen varit sjukskriven. Annan chef inom Attendo har täckt upp på halvtid med stöd av samordnaren på Lillevång.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar uppföljningen att brukarna på Lillevång övervägande får det stöd och den hjälp som framgår av de individuellt beviljade eller ordinerade insatserna. Personalens bemötande får gott omdöme. En del av de områden man arbetat med att förbättra syns i statistiken.

Bristerna finns i det som ligger i ramen för särskilt boende, det som händer och sker i vardagen mellan det att de beviljade insatserna utförs. T ex att ge en aktiv och meningsfull dag i gemenskap med andra, att ha tid att fånga upp brukarens behov i stunden genom att personal finns tillgänglig, tryggheten i att personalen finns till hands. Närheten till personal som gör att man snabbt kan få stöd och hjälp i stunden det uppstår, personal med kunskap och erfarenhet som ser vad som håller

på att hända och kan ge stöd förebyggande. De brukare vi mötte som själva kan förflytta sig är generellt mer nöjda än brukare med omfattande behov av stöd.

Aktgranskningen visar på att vissa förbättringar avseende dokumentationen har skett, främst på en enhet. I vissa akter syns att man börjat arbeta med uppföljning av genomförandeplanen på ett bra sätt. Detta visar att kunskapen finns i verksamheten men den måste nå ut till alla. Verksamheten anmodas att omgående åtgärda en del av dessa brister.

Den dokumentation som finns kring verksamheten i form av verksamhetens planering, rutiner mm är relevant. Dock finns brister i följsamheten gentemot dessa. Bristerna kan till viss del förklaras med bristande resurser men inte enbart. Det finns ingen "VI" känsla i verksamheten, ingen lojalitet mot det företag personalen ändå valt att arbeta för. I samtal med personalen upplevs det hos merparten saknas en vilja att arbeta för ett privat företag och man ser inte alltid sin egen del i kedjan för att få verksamheten att fungera.

Resultat brukarundersökning

De senaste resultaten från kommunens individuella kvalitetsmätning är från 2017. Inom områdena kontinuitet och delaktighet uppfyller inte verksamheten nämndens mått på kvalitet. Området bemötande når en bit över kvalitetsmättet och området kvalitet når måttet med god marginal.

Omsorgshandläggarens uppföljning av samtliga brukare på Lillevång kommer att inledas i slutet av april, i samband med dessa sker kvalitetsuppföljningen.

I den samlade statistikdatabasen för offentlig statistik, KOLADA, hittas resultat per enhet som kan jämföras med både den egna kommunens särskilda boenden i stort och med hela riket.

I denna statistik framgår av resultaten, senast presenterade hösten 2018, att positiva svar angående helhetssynen på Lillevång har ökat med flera procentenheter, från 60 till 76 % jämfört med 2017. Andelen är fortfarande lägre än genomsnittet för särskilda boenden i Simrishamn (86%) och något lägre än genomsnittet i riket (82%).

Även andelen positiva svar avseende personalens bemötande, tillräckligt med tid, maten, tillgången till sociala aktiviteter, möjligheten att komma utomhus samt andelen omsorgspersonal per boendeplats har ökat jämfört med 2017 men är lägre än genomsnittet för särskilt boende i Simrishamn. Andelen positiva svar avseende bemötande, förtroende för personalen samt möjligheten att komma utomhus har en högre andel positiva resultat än genomsnittet för särskilda boenden i Simrishamn.

Parametrar som fått en lägre andel positiva svar 2018 jämfört med året innan är förtroende för personalen (2018 samma som genomsnittet i Simrishamn men över rikets medelvärde), information om förändringar (lite lägre än genomsnittet 2018 men över rikets medelvärde) samt andelen omsorgspersonal med adekvat utbildning. Andelen omsorgspersonal med adekvat utbildning ligger lägre än genomsnittet i riket både på Lillevång och för särskilda boenden i Simrishamn i genomsnitt.

Parametrar såsom hänsyn till åsikter och önskemål samt trygghet är i relativt oförändrade men har ett något lägre resultat än särskilda boenden i Simrishamn i genomsnitt.

Resultat av besök i verksamhet

Verksamhetsbesöken visar en verksamhet som i vissa delar har förbättrats något men som fortfarande brister i flera delar. En del brukare och anhöriga vi mötte är väldigt nöjda och tycker att det fungerar bra medan andra påtalar missnöje kring att personalen inte har tid och missnöje med

maten till lunch och till viss del kvällsmat. Personalen upplevde att de inte hade den tid som de önskade för brukarna. Personalen prioriterar grundarbetet, det som måste göras.

Flera brukare berömmar spontant personalen under tiden de får hjälp och de vi pratar med säger att personalen är snälla och trevliga, att de gör sitt bästa men att de skulle behöva vara fler för att hinna med.

Morgonarbetet sett till hälso- och sjukvårdsområdet flöt på ett bra sätt. Däremot brister det i följsamheten gentemot de basala hygienrutinerna då det slarvas med plastförkläde och handtvätt. Läkemedel överlämnas i de flesta fall vid det allmänna frukostbordet men bör överlämnas i personens lägenhet för att minska risken att det blir fel. Läkemedel signeras innan överlämning men ska signeras först efter att de verkligen är tagna.

Personalen är ensam på sin enhet flera gånger under dagen, vid raster, planerat ensamarbete vissa stunder under dagen eller om någon är iväg med en brukare. Flera brukare har behov som kräver dubbelbemanning. Någon brukare berättar att hon brukar vänta med att be om hjälp att gå på toaletten tills de är två personal igen. Personalen som är ensam på enheten kan be om hjälp av kollega från annan enhet men det tar tid innan någon kan komma. Verksamheten arbetar med resurspersonal som arbetar några timmar på förmiddagen med att förstärka på enheterna under morgonarbetet. En resurs täcker upp på två enheter. Personalen berättar dock att detta inte upplevs som någon större hjälp då resurspersonen är den som sätts in på schema om någon blivit sjuk och tjänsten ersätts inte om resurspersonen själv är sjuk. Det finns heller ingen plan för vilka brukare resursen ska hjälpa. Detta medför att personalen får arbeta på i ett tempo som om de inte får någon hjälp från resursen. Det bor någon brukare på varje enhet som ropar på hjälp eller uppmärksamhet, brukare som behöver se personal för att få ro.

Personalen berättar att en del ny personal och vikarier har stora svårigheter med språket, det blir fel och missförstånd. Det känns inte tryggt, uppger både personal och brukare. Personalen berättar också att en del nya kollegor är mycket ovana och ibland helt utbildade vilket gör att mycket tid går att instruera dem.

Brukarna önskar oftast komma utomhus på eftermiddagen efter att de vilat, då är det 2 personal i tjänst på enheten. Dessa två börjar och slutar ofta olika tider och ska hinna med överrapportering, rast, någon brukare ska iväg på något så vid flera tillfällen är personalen ensam på 10, i något fall 11 brukare vilket gör att det är svårt att erbjuda någon att komma ut men man försöker.

Verksamheten erbjuder två aktiviteter varje dag. Vissa sker gemensamt med aktivitetsledaren medan andra är tänkta att ske på enheten. Schema som annonserar aktiviteterna sitter uppe. Personalen presenterar inte de aktiviteter som ska ske under dagen, de vet vilka brukare som brukar vilja vara med och hjälper dessa brukare dit eller påminner dem om när det är dags. De aktiviteter som står angivna att de ska ske på enheten görs inte, personalen säger att de som bor där inte vill det. Det bakas på enheterna men övriga aktiviteter sker många gånger inte så som det är planerat. Upplevelsen är att personalen heller inte skulle haft tid att engagera sig i någon aktivitet. Det är ett fåtal brukare från respektive enhet som deltar i de gemensamma aktiviteterna under verksamhetsbesöken. Om den person som leder aktiviteterna är frånvarande ställs de in och ska ske på enheterna i möjligaste mån istället vilket enligt personalen inte blir av.

En del brukare upplever att den populära aktiviteten "Damklubben" inte längre är vad den varit, den börjar tidigare efter middagen då flera vill vila, varar kortare tid och har ett annat innehåll. Detta är ett medvetet val från verksamheten som berättar att den nu lockat en del nya brukare medan det passar sämre för andra.

Flera brukare har synpunkter på maten. Personalen berättar att det inte handlar så mycket om kvaliteten på maten utan att den meny som satts samman av dietisten för att tillgodose näringsinnehållet består av flera lite märkliga maträtter, de äldre känner inte igen dem. De äldre önskar rätter som de känner igen berättar personalen. Frukost och fika får bra omdöme. Det serveras goda kakor och man får den frukost man önskar, frukt serveras efter önskemål, kvällsfika serveras till de som vill ha. Nattmacka, frukt eller yoghurt serveras på natten för den som önskar.

Fortfarande hanterar personalen maten vid lunch och kvällsmat olika, någon personal hanterar maten precis så som instruktionen på förpackningen säger, andra hanterar produkten så som de själva tycker. Personalen berättar att maten ofta blir bränd, de hinner inte med att passa maten samtidigt som de behöver hjälpa någon av brukarna. Personalen behöver ofta växla mellan att ordna med maten, hjälpa någon på toaletten, komma upp, och sedan fortsätta ordna med maten igen. Köksförklädet tas inte alltid av mellan moment att laga mat och omvårdnad. Handtvätt sker inte heller alltid mellan kök och brukarens rum. Handskar används men handtvätt ska ändå ske.

På en enhet testar man ett digitalt planeringsverktyg. Det upplevs positivt och ger en bra struktur berättar personalen på den enhet som provar det men man har ännu inte kommit så långt i försöket att man kunnat sammanställa resultat och jämföra plan och verklighet. Samordnaren lägger in uppgifterna i systemet och det läggs in både det brukarna ska ha hjälp med utifrån beslutet samt erbjudande om toalettbesök, utevistelse, egentid, rapporttid, dokumentationstid osv. Vid tillfället för vårt besök har testanvändandet av mobil omsorg tillfälligt pausats då samordnaren inte haft tid att lägga in nya eller förändrade uppgifter i systemet.

Resultat av aktgranskning

Genomförandeplaner saknas för en fjärdedel av brukarna. De genomförandeplaner som finns innehåller övervägande beskrivningar av när, hur och av vem insatserna ska utföras. Fem digitala akter har granskats utifrån granskningsnyckeln, en per enhet. Granskning har även gjorts av hela verksamheten avseende förekomsten av genomförandeplaner.

På en av enheterna har samtliga boende en genomförandeplan. Det är även denna enhet som testar planeringsverktyget. Personalen upplever att det nya verksamhetssystemet fungerar och de dokumenterar och söker journal efter att de varit lediga för att uppdatera sig om vad som hänt.

Journalanteckningarna upplevs ha blivit mer frekventa sedan förra verksamhetsuppföljningen men fortfarande saknas dokumentation av vissa delar som är utpekade som händelser av vikt. Till exempel att inflyttningssamtalet har skett, hur första dygnet har fungerat, vilket datum en insats har påbörjats. Det finns relativt få anteckningar om att en insats inte har blivit utförd. Insatser som inte utförs för att man inte hinner med ska enligt Attendos rutin dokumenteras i verksamhetens egna avvikelssystem. Det ska dock även dokumenteras i den enskildes journal utifrån föreskrifterna om dokumentation. De beviljade insatserna blir övervägande utförda enligt undertecknads uppfattning, men erbjuds ibland på annan tid eller dag än vad man planerat med brukaren och då ska detta ändå dokumenteras och vad man erbjöd istället för att tillgodose behovet. Beskrivningarna av när en insats ska genomföras är dock inte så exakt angivna i genomförandeplanen vilket de borde vara om brukaren har önskemål kring det. Till exempel anges att städning ska ske varannan vecka, dusch två gånger i veckan. Så länge det sker inom denna tidsram dokumenteras inget utan flyttas bara till annan dag i personalens planering.

Det saknas i vissa anteckningar vem informationen kommer ifrån och där det är tydligt att det inte är den undertecknade som är ursprunget. Det är viktigt att dokumentera vem som gett instruktionen eller bestämt något. Informationen har olika värde beroende på vem som gett den.

Beskrivning av stöd och hjälp på natten saknas i genomförandeplanerna. I en del av de granskade akterna finns beskrivningar i journalen och behöver då föras in i genomförandeplanerna.

Av de fem granskade digitala akterna har man i två av dem arbetat på ett bra sätt med uppföljning av genomförandeplanen och uppföljning av målen för insatserna. Två akter saknade helt genomförandeplan och för en brukare fanns genomförandeplan upprättad men datumet för uppföljning var passerat utan uppföljning.

Brukarpärmarna innehållande viss fysisk dokumentation förvaras inlåsta i brukarnas medicinskåp inne i deras lägenheter. Där finns person och kontaktuppgifter utskrivna från verksamhetssystemet och den senaste utredningen. Original och övriga eventuella dokument i fysisk form finns i arkivskåp hos verksamhetschefen. I några av pärmarna i medicinskåpen hittas en handlingsplan, inaktuell sedan några år tillbaka. I en annan hittas ett handskrivet dokument om personen men på baksidan finns korta kommentarer om andra brukare nedtecknat vilket inte får förekomma. Brukarens önskemål verkar dessutom ha lyfts in i genomförandeplanen varpå dokumentet kan förstöras. Kontaktpersonen ansvarar för att brukarnas pärmar hålls aktuella och att där bara finns uppgifter som rör den enskilde brukaren.

Pärmarna innehållande uppgifter avseende hälso- och sjukvård är inlåsta i brukarens medicinskåp. Dokumenten är sorterade under relevanta flikar. I någon pärm finns en riskbedömning för fall som är sedan 2016, troligt att den är inaktuell. Ordinationer, signeringslistor samt medicinsk vårdplan finns i alla pärmar. Det är sjuksköterskan som sätter in hälso- och sjukvårdsuppdragen i brukarens pärm, vilket borde göras av samordnaren som är den roll som tar emot och bekräftar uppdragen i verksamhetssystemet.

Resultat av enkät

Undertecknade har från enhetschef fått alla efterfrågade dokument eller granskat dem på plats i verksamheten. Verksamheten har en relevant planering av hur man ska arbeta i vardagen och av vad man planerar under kommande år. Företaget har en god struktur för att följa verksamheten både på lokal och regional nivå. Rutinerna som finns i verksamheten är relevanta och lätta att förstå.

Verksamheten har rutiner för samverkan med andra vårdgivare, så som rond med läkare, kontaktvägar med mera. Personalen kan få kontakt med sjuksköterska via lätt tillgängligt telefonnummer i rutinpärm. Verksamhetens sjuksköterskor ska följa kommunens MAS rutiner men har begränsad tillgång till dessa.

Undertecknad bedömer att det sker en god läkemedelshantering på sjuksköterskeexpeditionen och kraven för läkemedelsförråd och förvaring uppfylls.

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter till baspersonalen är alltid skriftlig och följs upp årligen. Delegering används aldrig för att lösa personalbrist hos sjuksköterskorna.

Egenkontroll utförs av läkemedelshantering, medicinsktekniska produkter och hygien, dessa dokument finns i en pärm som heter granskning.

Det finns en skriftlig rutin för avvikelshantering och Lex Maria. Avvikelsesystemet är detsamma som kommunens.

Basala hygienrutiner är kända av berörd personal. Det finns tillgång till tvål, handsprit i både allmänna miljöer samt patientens rum. Det finns lokala rutiner för att hantera riskavfall.

Åtgärder att vidta:

- A. Skapa omgående genomförandeplaner för alla brukare.
- B. Säkerställ att genomförandeplaner som inte följts upp de senaste 6 månaderna, omgående följs upp.
- C. Beskriv mer konkret när i veckan eller på dygnet som brukaren önskar att en insats ska ske.
- D. Dokumentera i journal om en insats inte utförs så som genomförandeplanen anger.
- E. Pågående matlagning får ej avbrytas för att delta i omvårdnadsarbete.
- F. Säkerställ att basala hygienrutiner följs.
- G. Plastförkläde ska alltid användas vid orent arbete.
- H. Nagellack och långa naglar får ej förekomma.
- I. Tillse att delegerade uppgifter utförs enligt rutin vid överlämning och signering.
- J. Säkerställ med hjälp av MAS att sjuksköterskor har tillgång till MAS rutiner.

Kvarstående punkter från föregående verksamhetsuppföljningar:

Med "samtliga behov" avses det som ingår i Socialtjänstlagen, riktlinjerna för Simrishamns kommun samt det avtal som tecknats mellan Attendo och Simrishamns kommun om vad verksamheten ska innehålla.

- K. Förse samtliga brukares genomförandeplaner med brukarens samtliga behov. *(Bättre jämfört med 2018 då samtliga beviljade insatser kommer över till genomförandeplanen med automatik)*
- L. Tillse att dokumentationen i journal och genomförandeplan går att följa för enskild brukare, den röda tråden ska finnas och det ska framgå varifrån uppgifterna kommer. *(Förbättrats sedan 2018)*
- M. Säkerställ att all personal kring brukaren arbetar såsom genomförandeplanen anger. *(Förbättrats sedan 2018 då även genomförandeplanerna förbättrats)*
- N. Säkerställ att det i verksamhetens planering finns utrymme för att tillgodose brukarnas samtliga behov.
- O. Säkerställ att den verkliga bemanningen är tillräcklig för att tillgodose brukarnas samtliga behov.
- P. Dokumentera samtliga händelser av vikt utifrån Socialstyrelsens föreskrifter samt utifrån verksamhetens egna rutiner (t ex inflyttningssamtal, aktivitetssamtal m.m) *(Förbättrats sedan 2018 men fortfarande saknas en del. Kunskapen hos personalen behöver förbättras)*
- Q. Förse genomförandeplanen med information om på vilket sätt den enskilde getts möjlighet till inflytande på genomförandet. *(Kvarstående punkt sedan 2017. Delaktigheten dokumenteras nu då detta är tvingande i nya systemet men inte på vilket sätt, ska skrivas i kommentarsfältet där delaktighet anges)*
- R. Komplettera genomförandeplanerna med hur och när beskrivningar kring behov såsom aktivitet, utevistelse, stimulans samt natt-tillsyn. *(Kommentar 2019: Punkt från 2017 som hade förbättrats 2018 men tappats bort igen nu sedan nya verksamhetssystemet infördes).*

Förslag till beslut

Socialnämnden föreslås besluta

Att Attendo Lillvång ska återkomma med redovisning av genomförda eller planerade åtgärder enligt ovan senast 2019-05-31.

Christina Eriksson

Kvalitetscontroller
2019-04-17

Christine Helldén

Medicinskt ansvarig sjuksköterska
2019-04-17

Stina Lundquist

Socialchef
2019-04-17

Information till:

Verksamhetschef för Attendo Lillevång

Handlingsplan – Skydds rond Lillevångshemmet

Medarbetare	Verksamhetschef	Datum	Arbetsplats	
Genomgång för samtliga medarbetare på APT 190603+190604+190605	Jessica Nilsson, VC	2019-04-26	Attendo Lillevångshemmet	
Förbättringsområde	Åtgärd	Ansvarig	Uppföljning Datum	
En gång per månad fram till avtalsslut redovisa planerad och faktisk bemanning till socialnämnden	Överenskommelse med Victor Nordin att redovisning sker första veckan i varje månad. Redovisning skickas till victor.nordin@simrishamn.se samt till registratorsoc@simrishamn.se . Redovisning april inskickat 190517 till Victor Nordin.	VC	Första veckan i varje månad	
Uppmana Attendo Lillevångshemmet att omgående bemanna verksamheten enligt vad som fastställs i avtalet för driften av Lillevångshemmet	<p>ÅÅ= Årsarbetare</p> <p>Hälsa- och hålligångvård:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enligt avtal 1 ÅÅ, status 190430 1,1 ÅÅ, Åtgärd 2 ÅÅ from 190527, men vi kommer med start 190506 kunna öka det succesivt för att nå 2 ÅÅ per 190527 <p>Löpare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enligt avtal 1 ÅÅ, status 190430 1 ÅÅ <p>Samordnare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enligt avtal 1 ÅÅ, status 190430 1 ÅÅ <p>Personal på natten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enligt avtal 3 stycken, status 190430 3 stycken <p>Sjuksköterska</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enligt avtal 1,5 ÅÅ, status 190430 2,5 ÅÅ <p>Verksamhetschef</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enligt avtal 1 ÅÅ, status 190430 1 ÅÅ 	VC	Inskickat till Victor Nordin 190517	

Genomförandeplaner	Skapa genomförandeplan för samtliga. <ul style="list-style-type: none"> • Uppdatering och påminnelse utskickad via LifeCare. Muntlig uppföljning på APT 190603+190604+190605 	VC, Kontakt person	190614
	Säkerställ Att genomförandeplaner som inte följts upp de senaste 6 månaderna, omgående följs upp. <ul style="list-style-type: none"> • Uppdatering och påminnelse utskickad. Muntlig uppföljning på APT 190603+190604+190605. 	VC, Kontakt person	190614
	Genomförandeplaner skall mer konkret innehålla när i veckan eller på dygnet som brukaren önskar att en insats ska ske. <ul style="list-style-type: none"> • Muntlig uppföljning på APT 190603+190604+190605 	VC, Kontakt person	190614
	Dokumentera i journal om en insats inte utförs så som genomförandeplan anger. <ul style="list-style-type: none"> • Muntlig uppföljning på APT 190603+190604+190605 	VC, Medarb etare	190614
	Förse samtliga brukares genomförandeplaner med brukares samtliga behov. <ul style="list-style-type: none"> • Muntlig uppföljning på APT 190603+190604+190605 	VC, Kontakt person	190614
	Säkerställ att all personal kring brukaren arbetar såsom genomförandeplanen anger. <ul style="list-style-type: none"> • Muntlig uppföljning på APT 190603+190604+190605 	VC, Kontakt person	190614
	Förse genomförandeplan med information om vilket sätt den enskilde getts möjlighet till inflytande och delaktighet (delaktighet dokumenteras men inte på <i>vilket</i> sätt, skall skrivas i kommentarsfält där delaktighet anges) <ul style="list-style-type: none"> • Muntlig uppföljning på APT 190603+190604+190605 	VC, Kontakt person	190614

	<p>Komplettera genomförandeplan med <i>hur</i> och <i>när</i> beskrivningar kring behov såsom aktiviteter, stimulans samt natt-tillsyn.</p> <ul style="list-style-type: none"> Muntlig uppföljning på APT 190603+190604+190605 	VC, Kontakt person	190614
Hygien	<p>Säkerställ att basala hygienrutiner följs</p> <ul style="list-style-type: none"> Attendos Vårdhygieniska riktlinjer har suttit uppe under mars och april + signeringslista + påminnelse i maj. Ny påminnelse/information på APT 190603+190604+190605. Attendo Lillevångshemmet lokala rutin för Basala hygienrutiner har suttit uppe under mars och april + signeringslista + påminnelse i maj. Ny påminnelse/information på APT 190603+190604+190605 Plastförkläde ska alltid användas vid orent arbete. Ny påminnelse/information på APT 190603+190604+190605. Stickprovskontroller kommer genomföras minst tre gånger i veckan. Nagellack och långa naglar får ej användas. Uppföljning/kontroll sker veckovis. Skriftlig erinran kan bli aktuellt. Lokal rutin finns, påminnelse på APT 190603+190604+190605. 	VC, Medarbetare	Veckovis enligt Attendos kontrollmall
Läkemedel	<p>Tillse att delegerade uppgifter utförs enligt rutin vid överlämning och signering</p> <ul style="list-style-type: none"> Finns tydliga rutiner från såväl MAS som lokalt på Attendo Lillevångshemmet. Skarp kontroll samt information på APT 190603+190604+190605. <p>Säkerställ med hjälp av MAS att sjuksköterskor har tillgång till MAS rutiner.</p> <ul style="list-style-type: none"> Har fungerat under våren 2019 	VC	Tillsyn dagligen av VC, SAM, SSK

Dokumentation	Tillse att dokumentationen i journal och genomförandeplan går att följa för enskild brukare, den röda tråden ska finnas och det ska framgå varifrån uppgifterna kommer. <ul style="list-style-type: none"> • Påminnelse på APT 190603+190604+190605. 	VC	190614
	Dokumentera samtliga händelser av vikt utifrån Socialstyrelsen föreskrifter samt utifrån verksamhetens egna rutiner (t.ex. inflyttningssamtal, aktivitetssamtal, brukarråd). <ul style="list-style-type: none"> • Påminnelse på APT 190603+190604+190605. 	VC	190614
Bemanning	Säkerställ att det i verksamhetens planering finns utrymmer för att tillgodose brukarnas samtliga behov <ul style="list-style-type: none"> • Varje arbetsgrupp har inbokad tid (1 timme av APT 190603+190604+190605) för att gå igenom sin planering och fastställa när behov av resurs eller fördelning av personal behövs utöver vad som finns tillgängligt idag. 	VC	190614
	Säkerställ att den verkliga bemanningen är tillräcklig för att tillgodose brukarnas samtliga behov. <ul style="list-style-type: none"> • Varje arbetsgrupp har inbokad tid (1 timme av APT 190603+190604+190605) för att gå igenom sin planering och fastställa när behov av resurs eller fördelning av personal behövs utöver vad som finns tillgängligt idag. 	VC	190614

Jessica Nilsson, Verksamhetschef Attendo Lillevångshemmet Simrishamn

Namnteckning