

Hemtjänst Östermalm Öst

Inspektionsrapport

INSPEKTIONSRAPPORT

Hemtjänst Östermalm Öst, Linnégatan

Föranmäld inspektion genomfördes på hemtjänst Östermalm Öst, den 31 januari 2017 av inspektörerna Erika Rödenhake och Anki Ottenby samt den 3 februari 2017 av inspektörerna Erika Rödenhake och Kristina Hagström.

Anledning till inspektion

Äldreförvaltningen har i uppdrag att inspektera, granska och följa upp stadens äldreomsorg inom samtliga regiformer.

Inspektionen genomfördes med anledning av ett klagomål som främst handlade om:

- bemötande
- utförande av insatser
- hantering av synpunkter och klagomål.

Syftet med inspektionen är att säkerställa en god kvalitet i verksamheten. Inspektionen syftar även till att stärka verksamhetens egna förmågor att utveckla och förbättra verksamheten samt att förebygga risker.

Underlag

- ett klagomål
- inspektionsrapport dnr 420-274/2015, äldreförvaltningen
- verksamhetsuppföljning för 2016 genomförd av Östermalm stadsdelsförvaltning
- brukarundersökning genomförd av Socialstyrelsen 2016
- observationsrapport dnr 410-248/2015, äldreförvaltningen
- verksamhetens dokument *Hemtjänst Östermalm Öst Enhetsmål 2017*
- verksamhetens rutin för *Värdegrundsarbete*
- verksamhetens rutin för *Bemötande*
- verksamhetens rutin för *Klagomålshantering*
- genomförandeplaner och social dokumentation för 20 brukare.

Metod

- samtal med enhetschef och biträdande enhetschef (ledning)

- samtal med fyra personal
- granskning av dokument och dokumentation.

Kontroll av fakta

Faktakontroll från inspektionen har skickats till enhetschef och biträdande enhetschef på Hemtjänst Östermalm den 17 februari 2017. En synpunkt har inkommit och faktauppgiften har korrigerats efter påpekandet.

Beskrivning av verksamheten

Hemtjänst Östermalm drivs i kommunal regi och leds av enhetschef och två biträdande enhetschefer. Hemtjänst Östermalm Öst har två kontor, varav ett ligger på Linnégatan och det andra på Banérgatan. Linnégatan hade vid inspektionen cirka 150 brukare.

Uppföljningar

Den 27 augusti 2015 genomförde äldreförvaltningen en **inspektion** i verksamheten. Resultatet visade bland annat att:

- verksamheten kan arbeta mer aktivt med värdegrunden
- ett flertal av verksamhetens styrdokument behöver ses över, uppdateras och implementeras i verksamheten
- ledningen behöver säkerställa att personalen hinner ta del av den sociala dokumentationen.

Av **verksamhetsuppföljning** genomförd av Östermalm stadsdelsförvaltning den 6 oktober 2016 framgår att:

/.../enheten uppfyller de krav på ledningssystem och rutiner som staden ställer på verksamheten. Fortsatt utvecklingsarbete med den sociala dokumentationen.

Den sociala dokumentationen var en kvarstående brist från verksamhetsuppföljning 2015.

Från **kvalitetsobservation** genomförd av en av Stockholm stads observatörer i oktober 2015 framkommer flera styrkor, goda exempel och utvecklingsområden.

Styrkor och goda exempel

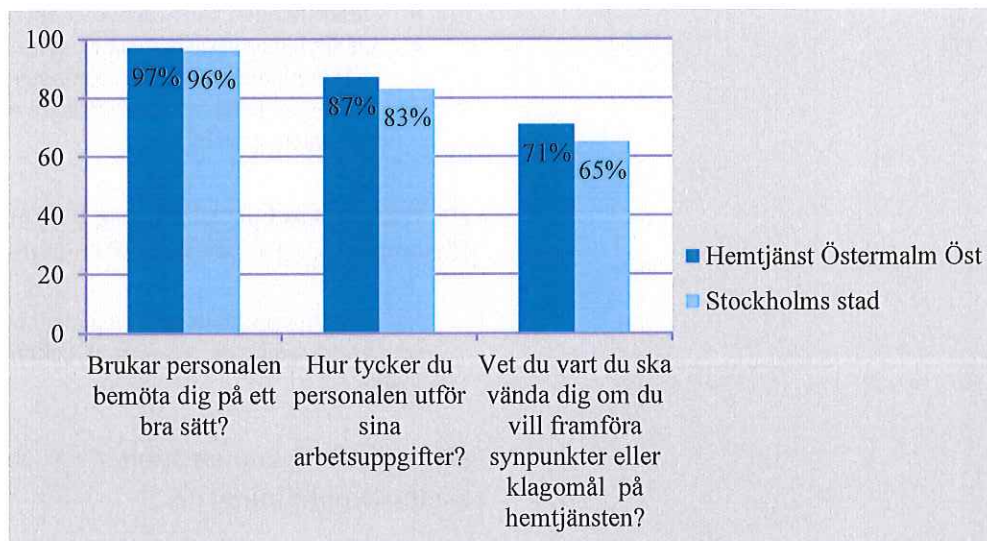
- Bra och effektiv organisation på morgon och lunchtid som gagnar personalens kommunikation sinsemellan. Personalen får en trygghet och en tillhörighet under dagen som är viktigt i ett arbete som för det mesta är ganska ensamt.
- Närvarande ledning i den dagliga driften.
- Dynamisk stämning i lokalen där man får en känsla av effektivitet, kompetens och väl fungerande schemarutiner.

- Personalens kompetens, flexibilitet, anpassningsförmågor samt lugnt och bra bemötande. Bra på att observera och utföra små detaljer som var oerhört viktiga för de äldre. Personalen justerade, till exempel, Tv-bordets vinkel, lade fjärrkontrollen precis inom räckhåll, ställde fram post och tidningar vid frukostbordet, rättade till rullatorns position för att underlätta framkomlighet, piffade upp<z sängkuddarna så det kändes skönt för den som skulle vila en stund.

Utvecklingsområden

- Måltidsserveringen kan förbättras med syftet att stimulera aptiten. Förstärkning av självbestämmande behövs vid måltiderna.
- Handledning i hantering av svåra beteendesituationer.
- Uppmärksamma att timanställd eller inhyrd personal läser genomförandeplaner för att kunna kvalitetssäkra omvårdnadsinsatserna.
- Förbättra informationsflödet mellan olika parter för att kunna underlätta för den äldre genom att vidareutveckla kontaktmannens roll som ”spindeln i nätet”.
- Det framgick att flera äldre saknade samtalsstunder om existentiella frågor. Till exempel, om ensamheten på äldre dagar, om känslan av att tiden står stilla och en ångestfylld väntan på döden. Personalen behöver handledning för att kunna bemästra och bemöta dessa behov.

Socialstyrelsens brukarundersökning 2016 visar följande siffror i jämförelse med genomsnittet för Stockholms stad:



Positiva svar redovisas

Resultat av inspektion

Styrkor enligt ledning och personal

Ledningen lyfter att verksamheten har erfaren och kompetent personal som har arbetat länge inom äldreomsorgen. Ledningen ser verksamheten som stabil och robust. Brukarna ska kunna känna sig trygga när de väljer en kommunal utförare av hemtjänst.

Personalen anser att verksamheten har en bredd med olika brukare och en stor variation gällande arbetsuppgifter. De anser även att de arbetar bra i grupp och hjälper varandra att lösa problem. Hos brukarna försöker de hålla tiderna och vara flexibla inför brukarnas önskemål. Personalen anser att de har hög kontinuitet och en bra kommunikation med brukarna. Personalen uppskattar särskilt sitt arbete när det fungerar riktigt bra hos en brukare och när brukarna är trygga med personalen. En del personal lyfter att det har hänt mycket positivt det sista halvåret. De tycker sig kunna göra ett bra arbete utan att stressa.

Verksamhetsutveckling

Verksamheten har ett dokument för enhetsmålen under 2017, *Hemtjänst Östermalm Öst Enhetsmål 2017*. Några av målen är att kunderna ska vara delaktiga i upprättande av genomförandeplaner, att kunderna upplever att verksamheten har en god tillgänglighet och att verksamheten ska vara jämställd.

Från och med sommaren 2016 har de arbetat mycket med kommunikationen och samarbetet i personalgrupperna, berättar ledningen och några av personalen. De har även pratat om anledningen till, syftet med samt hur de får till bra genomförandeplaner. *Hur* insatserna ska genomföras har varit centralt för att fånga respektive brukares individuella behov och önskemål. Ledningen och personalen uppger också att de arbetat med de geografiska områdena för att skapa kontinuitet för brukarna samt för att ta tillvara på verksamhetens resurser på bästa sätt. Under 2016 har de haft planeringsdagar för all personal där de bland annat arbetat med arbetsmiljö och arbetsglädje.

Under 2017 kommer samspelet med brukarna att vara i fokus, berättar ledningen. De kommer att starta en kvalitetsgrupp där de planerar att arbeta med rutiner, bemötande vid demenssjukdom, palliativ vård, diabetes samt nutrition. Två personal från respektive kontor kommer att medverka i kvalitetsgruppen tillsammans med de två biträdande enhetscheferna. Tanken är att kvalitetsgruppen ska utmynna i att några personal får spetskompetens som de kan använda

sig av för att stötta sina kollegor. Ledningen berättar att de kommit fram till utvecklingsområdena genom det som personal, anhöriga och brukare har rapporterat till ledningen.

Personalen berättar att de fick en ny biträdande enhetschef sommaren 2016, som har gjort ett stort arbete med att förbättra och få ordning på rutinerna. Den nya chefen har bidragit positivt genom att styra upp rutiner, men även genom att vara närvarande exempelvis på morgonmöten. Den nya chefen är en trygghet anser personalen och tillägger att chefen lyssnar och är tillgänglig. Personalen anser att det är skönt att ha rutiner så att alla arbetar på samma sätt. Personalen lyfter att rutiner har tagits upp på APT. De har arbetat mycket med dokumentation och personalen tycker det är bättre nu, när de kan dokumentera och läsa dokumentation i telefonerna. De kommer, enligt personalen, att fortsätta arbetet med att få det att fungera i personalgrupperna

Enligt en del av personalen kommer de under 2017, tillsammans med ledningen att fortsätta arbetet med verksamhetens rutiner. En del personal har inte hört något om vad som är i fokus under 2017, men tillägger att de hört att de ska arbeta med DigIt.

Värdegrunden

Inspektörerna har tagit del av verksamhetens rutin *Värdegrundsarbete*. Av rutinen framgår bland annat att enhetschefen har utbildat sig till värdegrundsledare och att verksamheten redan 2013 utbildade personalen i värdegrunden.

Ledningen informerar om att de tidigare har arbetat med värdegrundsmaterialet från Stockholms stad samt material från Ersta diakoni. Personalen ska alltid ha värdegrunden med sig i arbetet. Ledningen uppger att värdegrunden även ingår i introduktionen för ny personal, där de berättar om stadens-, den nationella- samt om verksamhetens egen värdegrund. På de gruppmöten som äger rum varannan vecka talar man också om värdegrunden.

Ledningen säger att de funderar på att börja arbeta med värdegrunden mer strukturerat igen. Men det är inte prioriterat i nuläget. Under 2016 var det ingen personal som fick utbildning i värdegrunden.

Enligt personalen pratar de ofta om bemötande, exempelvis var det ett tema under planeringsdagen i november 2016. Personalen lyfter att det är brukarna som bestämmer och att de som personal är gäster i deras hem. Några av personalen känner inte till begreppet *värde-*

grund och säger att de inte talar om värdegrunden, men att de arbetar efter den. En del av personalen säger att de tidigare inte fått så mycket kompetensutveckling i värdegrunden, men att den nuvarande chefen brukar prata om den på möten samt komma med förslag på webbutbildningar.

Bemötande

Av verksamhetens rutin *Bemötande* framgår att brukaren ska ha inflytande över sin vardag och kunna åldras med integritet och bibehållet oberoende. Ett gott bemötande beskrivs bland annat som att ha kunskaper och förmågor som gör att man kan bemöta och kommunicera med brukarna.

Enligt ledningen försöker de och personalen att vara vänliga, informativa, professionella och tillgängliga i sitt bemötande. Om det uppstår problem träffar de den aktuella brukaren. Vid behov gör ledningen hembesök tillsammans med biståndshandläggare och personal.

Vid klagomål återkopplar ledningen snabbt och de anser att det är viktigt att prata med den som lämnat synpunkten eller klagomålet på en gång. Ledningen pratar med personalen om inkomna synpunkter och klagomål. Ledningen nämner även *information om tillfälliga förändringar* och *tillgänglighet* som två utvecklingsområden där de fått in flera synpunkter. Ledningen har pratat med personalen och lyft vikten av att följa rutinerna.

Ledningen berättar att de ofta pratar med personalen om vad som är ett gott bemötande gentemot brukarna. Ledningen handleder personalen och hjälper dem att se situationen utifrån kundens perspektiv. Både ledning och personal anser att en del personal har ett bättre bemötande än andra.

Personalen säger att de utgår ifrån sig själva och hur de skulle vilja bli bemötta. De anser att det är viktigt att vara professionell och att visa respekt för brukarna. Personalen uppger även att de tänker på sin klädsel och exempelvis undviker korta kjolar och urringade tröjor. När det gäller brukare med demenssjukdom tycker en del av personalen att det är viktigt med verklighetsförankring och göra det så bra som möjligt för dem. Personalen säger att det ibland kan vara svårt att bemöta brukare som vill flytta "hem".

Vid första mötet med brukaren anser personalen att det är särskilt viktigt att gå försiktigt fram. De vill ge ett gott intryck och är noga

med att lyssna på brukarens önskemål. Om någon kollega har haft ett mindre bra bemötande tar personalen upp det med berörd kollega. Om det skulle hända upprepade gånger tar personalen upp det med chefen.

Utförandet av insatser

Enligt ledningen följer de upp att insatser utförs genom att dagligen kontrollera registrerade besök i ParaGå Webb. I mitten av varje månad kontrollerar ledningen tidsåtgången hos samtliga kunder. De får då ett bra underlag för om något behöver justeras. Vid behov tar ledningen kontakt med aktuell biståndshandläggare. Personalen uppger att de brukar uppmuntra brukarna att själva ta kontakt med sin biståndshandläggare om deras behov har förändrats. När de får nya brukare stämmer ledningen av med personalen hur insatserna fungerar.

Enligt ledning och personal försöker de tillgodose brukarnas önskemål om vilka tider insatserna ska utföras, men kan inte fullt tillgodose alla brukares önskemål. De försöker ha en dialog med brukaren för att komma fram till en tid som fungerar för både brukare och verksamhet. En del personal anser att det inte alltid fungerar så bra med tiderna, när personal är sjuk får de prioritera och det kan då bli helt andra tider än vad brukaren är van vid. De försöker hinna med att meddela brukarna om förändringar. Ledning och personal uppger att de prioriterar brukare med särskilda behov, som exempelvis mediciner och stödstrumpor.

Ledningen berättar att schemalaggningen sköts av en planerare i varje arbetsgrupp. Gällande gångtid mellan brukare säger ledningen att de har lagt in en schablon tid på 5 minuter mellan varje kund, oavsett om det tar 30 sekunder eller 10 minuter att ta sig till kunden. En del personal säger att det ibland kan saknas gångtid mellan brukare. Personal och ledning uppger att personalen registrerar i ParaGå vid brukarens port.

Personalen säger att de arbetar funktionsbevarande genom att erbjuda och uppmuntra brukarna att vara delaktiga. Det stärker brukarna och insatserna blir enligt personalen lättare att utföra. De hjälper till med det brukarna inte klarar själva. Personalen anser dock att tiden inte alltid räcker till för att arbeta funktionsbevarande.

Enligt personalen utförs insatserna oftast baserade på brukarnas önskemål. De flesta brukare kan själva berätta hur de vill ha det. Personalen säger att de frågar brukarna, även om det står i genomfö-

randeplanen. Ibland utförs insatserna på olika sätt, beroende på vilken personal det är som utför dem.

Personalen berättar att de oftast går till de brukare de är kontaktman för. Timvikarierna känner de flesta brukarna och den ordinarie personalen brukar informera vikarierna muntligt om det är något särskilt de ska tänka på.

Hantering av synpunkter och klagomål

Inspektörerna har tagit del av verksamhetens rutin för *Klagomåls-
hantering*. Av rutinen framgår bland annat att alla som arbetar inom äldreomsorgen ska känna till förvaltningens rutiner och att samtliga medarbetare har ett ansvar för att ta emot synpunkter och klagomål samt dokumentera dessa. Ansvarig arbetsledare ansvarar för att åtgärda och besvara klagomålet.

Ledningen uppger att personalen berättar för dem om någon har lämnat en synpunkt eller ett klagomål. Ledningen försöker då skapa sig en bild över situationen och vid behov handleda personalen. Ledningen anser att det är viktigt att ta till sig, bekräfta och be om mer information. När det handlar om missnöje från anhöriga träffas ledningen gärna för ett möte. Ledningen tycker det är viktigt att lösa problemet så snart som möjligt.

Ledningen anser att synpunkter och klagomål ger en signal om vad de behöver förbättra i verksamheten. De tar även upp synpunkter och klagomål med personalen i grupp. Ledningen har uppmärksammat att tillgängligheten kan förbättras och ska därför införa en kontakttelefon. De ska även börja föra statistik över inkomna klagomål och synpunkter samt kategorisera dem. Ledningen säger att de måste bli tydligare med hur verksamheten ska arbeta med synpunkter och klagomål.

Enligt en del personal noteras synpunkter och klagomål skriftligt. De pratar med ledningen vid behov. Ibland uppmanar personalen brukaren att själv ta kontakt med verksamhetens ledning. Om brukaren inte vill det uppger personalen att de hjälper brukaren att fylla i en synpunkts- och klagomålsblankett. En del personal uppger att de följer rutinen som innebär att uppmana brukaren att ta kontakt med ledningen om de har synpunkter och klagomål.

En del av personalen lyfter det som viktigt att inte lägga någon värdering i klagomålet, att vara neutral och inte säga emot. Annan personalen berättar att de tar upp synpunkten eller klagomålet med

berörd kollega samt pratar med chefen. De brukar även fråga brukaren vad de kan göra för att undvika att något liknande inträffar igen. Enligt personalen har de en tydlig rutin för hantering av synpunkter och klagomål.

Dokumentation

Både personal och ledning anser att genomförandeplanerna inte regelmässigt används i det dagliga arbetet. För en del brukare saknas genomförandeplan kopplad till senaste beställningen och då syns inte planen i telefonen. Ledningen har som mål att detta ska vara åtgärdat till sommaren 2017. Ledningen anser att personalen har tillräckligt med tid för att läsa genomförandeplaner och för att dokumentera. Personalen får extra tid om de exempelvis ska genomföra en webbutbildning eller skriva en genomförandeplan.

Ledningen kontrollerar den sociala dokumentationen. De nämner att det finns brister och att många av personalen dokumenterar knapphändigt. De har pratat om det med personalen, men området har inte varit prioriterat.

Enligt personalen hinner de inte alltid läsa dokumentation innan de besöker brukare. För timvikarier eller personal som inte arbetat under en period är tiden ibland för knapp för att de ska hinna uppdatera sig gällande de brukare de ska besöka. En del personal uppger att de läser dokumentation utanför ordinarie arbetstid, de tror att cheferna är medvetna om det. Personalen anser att de hinner skriva social dokumentation och att det fungerar bra att göra det i telefonen hemma hos brukarna.

Ledningen anser att brukarna får insatserna utförda utifrån sina individuella behov, men säger också att det inte alltid framgår av genomförandeplanen *hur* insatserna ska genomföras hos brukarna. Ledningen anser att personalen utför insatserna utifrån brukarnas önskemål och att de försöker ta hänsyn till individuella behov. Detta säkerställs genom att genomförandeplanen upprättas tillsammans med brukaren som sedan får skriva under den.

Granskning av dokumentation

Under inspektionen granskades dokumentation för 20 brukare, varav 10 män och 10 kvinnor. Samtliga hade beviljats insatser om minst 20 timmar per månad. Social dokumentation för december 2016 granskades.

Samtliga 20 brukare hade en upprättad genomförandeplan varav några innehöll knapphändig information. I 2 av genomförandeplanerna fanns det beskrivet hur personalen ska arbeta funktionsbevarande hos brukaren. Dessa två genomförandeplaner handlade om kvinnliga brukare. I 5 genomförandeplaner fanns viss information om funktionsbevarande arbetssätt varav 3 handlade om kvinnliga brukare. I övriga genomförandeplaner saknades sådana beskrivningar helt.

I samtliga brukares genomförandeplaner fanns uppgifter om vem eller vilka personal som var brukarens kontaktman. Hos 15 av brukarna utfördes många eller merparten av insatserna av brukarens kontaktman.

För 19 av brukarna fanns social dokumentation för december månad. För några av brukarna var den sociala dokumentationen mycket knapphändig. Hos 15 av brukarna hade kontaktmannen skrivit en eller flera anteckningar. För flera brukare gick det inte att följa händelseförlopp i den sociala dokumentationen. Det fanns även exempel på anteckningar som var skrivna på ett mindre respektfullt vis.

Bedömning

Anledningen till inspektionen var ett klagomål som främst handlade om:

- bemötande
- utförande av insatser
- hantering av synpunkter och klagomål.

Bedömningen bygger på resultat från tidigare uppföljningar, samtal med ledning och fyra personal samt granskning av dokument och dokumentation.

Av inspektionen framgick att verksamheten har en engagerad ledning och personal som uppvisar tydligt brukarfokus. Inspektörerna bedömer i likhet med vad som framkom under kvalitetsobservation 2015, att ledningen är närvarande och tillgänglig i den dagliga driften. Personalen uttrycker att det är en trygghet.

Verksamhetsutveckling

Verksamheten har under 2016 bland annat arbetat med de geografiska områdena för att förbättra personalkontinuiteten och för att tillvarata verksamhetens resurser på bästa sätt. Utifrån samtalen framkommer även att den nya biträdande verksamhetschefen har tagit ett helhetsgrepp om verksamhetens rutiner under 2016.

Det är positivt att utvecklingsarbetet fortsätter under 2017 och att personalen kommer att vara delaktiga genom att delta i den kvalitetsgrupp som ledningen planerar att starta.

Värdegrunden och bemötande

Inspektörerna vill, precis som vid inspektionen 2015, påminna ledningen om vikten av ett aktivt värdegrundsarbete för att säkra att samtliga inom verksamheten får ett gott bemötande i alla situationer.

På Kunskapsguiden¹ finns en kostnadsfri webbaserad utbildning i den nationella värdegrunden. Utbildningen kan vara en kunskaps- och inspirationskälla i verksamhetens utvecklingsarbete. Inspektörerna uppmanar ledningen att använda det värdegrundsmaterial som Stockholms stad tillhandahåller. Inspektörerna vill även tipsa om den webbaserade utbildningen Demens ABC².

¹ <http://www.kunskapsguiden.se>

² <http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/demensabc/>

Utförandet av insatser

Det är positivt att ledningen genomför dagliga egenkontroller av utförda besök för att säkra att samtliga insatser utförs enligt beställning.

Gällande rutinen för kontakt med biståndshandläggare, kan det finnas ett behov av att förtydliga och förankra den hos samtlig personal.

Personalens gångtid mellan brukare³ ingår i ersättningen och ska finnas inlagd mellan samtliga besök.

Ledningen uppmanas att tillse att personalen ges tillräckligt med tid för att kunna arbeta funktionsbevarande hemma hos brukarna.

Hantering av synpunkter och klagomål

En viktig del för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet, är att använda sig av erfarenheter från avvikelser, synpunkter och klagomål i arbetet. Ledningen har exempelvis genom inkomna synpunkter och klagomål uppmärksammat att verksamhetens tillgänglighet kan förbättras genom att införa en kontakttelefon. I samband med att ledningen börjar föra statistik samt kategorisera inkomna synpunkter och klagomål bör möjligheten att förbättra verksamheten utifrån avvikelser öka.

Inspektörerna bedömer, i likhet med ledningen, att det finns ett behov av att förtydliga hur verksamheten ska arbeta med synpunkter och klagomål. Det är även viktigt att rutinen för hantering av synpunkter och klagomål följs av samtliga inom verksamheten.

Dokumentation

Inspektörerna bedömer att arbetet med den sociala dokumentationen behöver utvecklas. Detta påpekades även vid verksamhetsuppföljning 2015 och 2016. Dokumentationen⁴ är viktig för att en insats ska kunna genomföras med hög kvalitet och är ett centralt verktyg för uppföljning och utvärdering av beslutade insatser.

I likhet med vad både inspektionen 2015 och kvalitetsobservation 2015 visade, vill inspektörerna på nytt betona vikten av att personalen ges tid för att ta del av dokumentation samt för att dokumentera.

³ Uppdragsbeskrivning för stadsdelsnämndens verksamhet -hemtjänst i ordinärt boende, äldreförvaltningen, 2014

⁴ Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2014:5

Inspektörerna bedömer utifrån dokumentationsgranskning att det individuella innehållet i genomförandeplanerna är ett fortsatt utvecklingsområde.

Erika Rödenhake
Inspektör

Anki Ottenby
Inspektör

Kristina Hagström
Inspektör