

Handlingsplan och kvalitetssäkring av åtgärder inom äldreomsorgen i Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd med anledning av tillsynsrapport från Länsstyrelsen i Stockholm

Bakgrund

Länsstyrelsen i Stockholm har efter en inspektion genomförd vid Hässelby Gårds äldreboende, ålderdomshemsenheterna C1 och C2, riktat allvarlig kritik mot, dels brister i verksamheten, dels mot myndigheten. I samband med yttrandet till Länsstyrelsen över tillsynsbeslutet den 20 juni 2006 togs denna handlingsplan fram. Handlingsplanen har nu reviderats för att ge nämnden aktuell information om vilka åtgärder som vidtagits och hur uppföljning för att kvalitetssäkra genomförda åtgärder ska genomföras.

(K)ritik/(Å)tgärd	Genomförs	Kvalitetssäkras genom uppföljning
Å: Ett informationsmaterial arbetas fram inom äldreomsorgsavdelningen. Bilaga 2. <i>Ansvarig: avdelningschefen</i>	v. 17 Åtgärdat	Materialet presenteras för delar av äldreomsorgens enhetschefer, v. 18 som ger återkoppling på att materialet fungerar.
Å: Med utgångspunkt i materialet ges information till personalen, vid enheterna C1 och C2 om Länsstyrelsens kritik. <i>Ansvarig: avdelningschefen och bitr. enhetschefen</i>	v. 20 och 22 Åtgärdat	Samtlig personal, så när som på en, deltog. All personal får det material som använts vid informationen.
Å: Information till anhöriga på enheterna C1-C3 om Länsstyrelsens tillsyn vad avser personer med dement beteende och vilka åtgärder som planeras. <i>Ansvarig: avdelningschefen</i>	v.23 - 24	Inbjudan till informationsmöte skickas till samtliga anhöriga och gode män som är relaterade till dem som bor på enheterna C1-C3. Avdelningschefen, enhetschefen, de biträdande enhetscheferna och chefen för myndigheten deltar samt utbildningsansvarig ssk och personal som ska arbeta med uppföljning (samordnare). 28 personer deltog på mötet som genomfördes den 14 juni-06 varav några boende. Länsstyrelsens rapport delades ut.
Å: Nytt anhörigmöte bl.a. för inrättande av ett anhörigråd	v. 33	Inbjudan har utsänts till ett nytt anhörigmöte den 16 augusti- 06.

(K)ritik/(Å)tgärd	Genomförs	Kvalitetssäkras genom uppföljning
Å: Synpunkter, klagomål och förslag till förbättringar samlas in på mötet med anhöriga. <i>Ansvarig: enhetschefen</i>	v. 24 Åtgärdat	Materialet som samlades in på mötet sammanställs och skickas till dem som närvarat och kommer att användas i det fortsatta arbetet.
K: Personal som befinner sig i personalrummen på våningsplanen upplevs inte som tillgänglig. Å: Rummen avvecklas som pausrum. All personal som finns på enheten ska vara tillgänglig för de boende och anhöriga. <i>Ansvarig: enhetschefen</i>	v. 24 Åtgärdat Åtgärdat	Frågan tas upp på enhetsgrupp för beslut. Ett nytt användningsområde för rummen beslutas. <i>Ansvarig: enhetschefen</i> Rummen möbleras om så att de är tillgängliga både för boende och personal. Vilrum för personal kommer att finnas på annan plats i fastigheten (BV).
K: Vissa i personalen brister i bemötande gentemot boende och anhöriga. Å: Vidareutbildning i bemötande. Se bilaga 4. <i>Ansvarig: utb.ansvarig ssk</i>	Påbörjades våren 06. Fortsätter	Följs upp på APT (arbetsplatsträffar) och i Enhetsgrupp i första hand t.o.m. årets slut. <i>Ansvarig: bitr. enhetschefen</i>
K: Många personal har svårigheter att förstå det svenska språket, Å: Utbildningsinsatser har genomförts och kommer att fortsätta genomföras. Alla talar svenska i alla lägen för att undanröja missförstånd. <i>Ansvarig: bitr. enhetschefen</i>	Har pågått i Kompetensfondens regi. Fortsätter i nya former hösten - 06.	Se till att personal som behöver förstärkt svensk kunskap uppmuntras att delta i utbildningsinsatser. Uppföljning sker i samband med medarbetarsamtal. <i>Ansvarig: bitr. enhetschefen</i>
K: Brister i personalens engagemang. Å: Stärka personalens självkänsla och minska deras rädsla att inte räcka till genom värdegrundsarbete. <i>Ansvarig: bitr. enhetschefen</i>	Pågår. Pågår	Följs upp på APT (arbetsplatsträffar) och i Enhetsgrupp i första hand t.o.m. årets slut. <i>Ansvarig: bitr. enhetschefen</i>
K: Tillvaron har inte upplevts som meningsfull. Å:personal på C1 tillsatt för att viss tid enbart arbeta med aktiviteter. Plusjobb anställs samt 1 ½ tjänst som arbetar enbart med aktiviteter	Pågår Från aug omplaceras 1 ½ tjänst	Aktiviteter skrivs in i kontaktpärmarna. <i>Ansvarig: kontaktperson</i> Uppföljning: <i>Ansvarig: bitr. enhetschefen eller den denne utser</i>

(K)ritik/(Å)tgärd	Genomförs	Kvalitetssäkras genom uppföljning
K: Det har varit brister i serviceinsatserna * städning * tvätt Å: Det skall tydligt stå i kontaktpärmen när och hur ofta och vilka dagar det skall utföras	Pågår	Kontaktpärmarna följs upp 1ggr/mån <i>Ansvarig: Samordnaren på C1 och C2</i>
K: Larmet har inte fungerat tillfredsställande Å: Care Tech larmfirman har vi gjort upp rutiner med hur vi skall göra vid fel K: Bärbara larm sätts inte på dem som behöver det. Å: personal som arbetar med morgon omvårdnad är ansvarig att larm sätts på.	V 20	Personal i receptionen är vår kontaktperson till Care Tech Tydliga rutiner och information ges till alla vikarie. <i>Ansvarig: bitr. enhetschefen eller den denne utser</i>
K: Rutiner och blanketter för klagomålshantering är inte fullt ut känd bland personalen. Å: Genomgång av rutiner för klagomålshantering. <i>Ansvarig: bitr. enhetschefen</i>	Pågår.	Alla kontaktpersoner sätter in en blankett i varje kontaktpärm. Följs upp på APT (arbetsplatsträffar) och i Enhetsgrupp i första hand t.o.m. årets slut. <i>Ansvarig: bitr. enhetschefen eller den denne utser</i>
K: Rutiner och intentioner kring Lex Sarah är inte känd inom organisationen. Å: Genomgång av rutiner för Lex Sarah. <i>Ansvarig: bitr. enhetschefen</i>	Pågår.	Frågan tas upp och ”fickfolder” visas alltid vid APT i första hand t.o.m. årets slut. <i>Ansvarig: bitr. enhetschefen eller den denne utser</i>
K: Många brister har varit svåra att åtgärda över tid. Å: En checklista (Bilaga 6), som tar upp de områden Länsstyrelsen har tillsynat, för verksamhetsuppföljning tas fram och börjar tillämpas fr.o.m. okt. 2006.	Utkast v. 24 Stadens uppföljningsmodell tillämpas fr.o.m. hösten 06	Uppföljning sker i april och oktober årligen och redovisas till enhetens ledning månaden efter uppföljningen genomförts. <i>Ansvarig: sektionsschefen för myndighetsutövningen eller den denne utser</i>
Förhandla med Micasa om att renovera gemensamma utrymmen på enheterna C1-C3. <i>Ansvarig: Chefen för Lokalsektionen och enhetsschefen</i>	Påbörjas v. 26 Planering tillsammans med Micasa påbörjad	Genomförs på de enheter som inte berörs av en större förändring.

(K)ritik/(Å)tgärd	Genomförs	Kvalitetssäkras genom uppföljning
K: Kvaliteten på maten är dålig och matsituationen är inte stimulerande. Å: * Kontinuerliga kontakter med restauratören. * Matråd. * Individuella måltidskompletteringar. * Utbildningsinsatser och köksansvariga.	Pågår. Pågår. Pågår. Under planering	Protokoll förs i kontakten entreprenören så att uppföljning kan ske. Matrådets synpunkter dokumenteras och tas upp med entreprenören. <i>Ansvarig: enhetschefen</i>
K: Brister i personalens kunskaper om demenstillstånd. Å: utbildningsansvarig har kurser samt att externa utbildning på Silviahemmet	Pågår till viss del	Vi har anställt en lärare som enbart arbetar att utbilda personalen på Hässelgården. Läraren är expert på demensfrågor. <i>Ansvarig: enhetschefen</i>
K: Brister i personalens kunskaper om hälso- och sjukvårdstillstånd. Å: alla enheter har fast anställda sjuksköterskor som handleder.	Åtgärdat	SSK har dagligen rapport och uppföljning <i>Ansvarig: enhetschefen</i>
K: Det har funnits brister i kontinuiteten i sjuksköterskebemanningen Å: En funktion som samordnande sjuksköterska har inrättats. Det har även varit lättare att rekrytera tillsvidareanställda.	Åtgärdat	
K: Det har funnits brister i kontinuiteten i läkarinsatserna. Å: Diskussioner, bl.a. genom MAS, förs kontinuerligt med vårdcentralen.	Pågår	<i>Ansvarig: avdelningschefen, enhetschefen och MAS</i>

(K)ritik/(Å)tgärd	Genomförs	Kvalitetssäkras genom uppföljning
K: Personer med dement beteende/demenssjukdom bor inom samma enhet som personer utan demenshandikapp. Å: Utredning om förutsättningar för omvandling av ålderdomshemsplatser till grupp-boende för personer med demens: <i>Ansvarig: avdelningschefen</i>	Utförd	Inventering av antal personer som bor inom ålderdomshem C1-C3 och som har dement beteende. <i>Ansvarig: sektionsschefen för biståndssektionen</i>
	v. 26 eller när samråd skett med anhörig och boende.	Tillsamman med Micasa utreda förutsättningarna för ombyggnad av enheterna C1-C3 och upprustning. <i>Ansvarig: enhetschefen</i>
	v. 35 - 37	Informera anhöriga om tänkbara konkreta förändringar inom ålderdomshemsverksamheten och vilka boende som kan beröras. <i>Ansvarig: enhetschefen</i>
	sept. 06	Tillfråga anhöriga om de kan medverka till att behövlig utredningar görs för att avgöra graden av demenshandikapp. <i>Ansvarig: sektionsschefen för biståndssektionen</i>
	Sept. 06	Behov av evakuering pga ombyggnation utreds. <i>Ansvarig: Lokalsektionen och avdelningschefen</i>
	Okt. 06	Ta fram ett underlag för beslut om omvandling till ett eller flera gruppboenden till stadsdelsnämnden. Omvandlingen förankras i kommunstyrelsens genomförandegrupp. <i>Ansvarig: Lokalsektionen och avdelningschefen</i>
	Nov. 06	Stadsdelsnämnden fattar beslut om att utreda kostnaderna för omvandlingen. Inriktningsbeslut. <i>Ansvarig: Lokalsektionen och avdelningschefen</i>
	Nov. 06	Micasa tar fram kalkyl för ombyggnation. <i>Ansvarig: Lokalsektionen och avdelningschefen</i>
	Nov. – Dec. 06	Stadsdelsnämnden beslutar om att begära medel hos kommunstyrelsen, för omvandlingen. Genomförandebeslut. <i>Ansvarig: Stadsdelsnämnden.</i>
	Jan. 07	Planera för ombyggnation och flytt inom enheterna. <i>Ansvarig: sektionsschefen för biståndssektionen och bitr. enhetschefen</i>
	Feb. 07	Micasa upphandlar och genomför ombyggnation.
	Jan.-Feb. 07	Bemanna de nya enheterna med personal med adekvat utbildning
	Feb. 07	Ev.nya biståndsbeslut fattas.
	Mar. 07	Förbereda och genomföra flytt