

Bilaga 2 - T1 2017

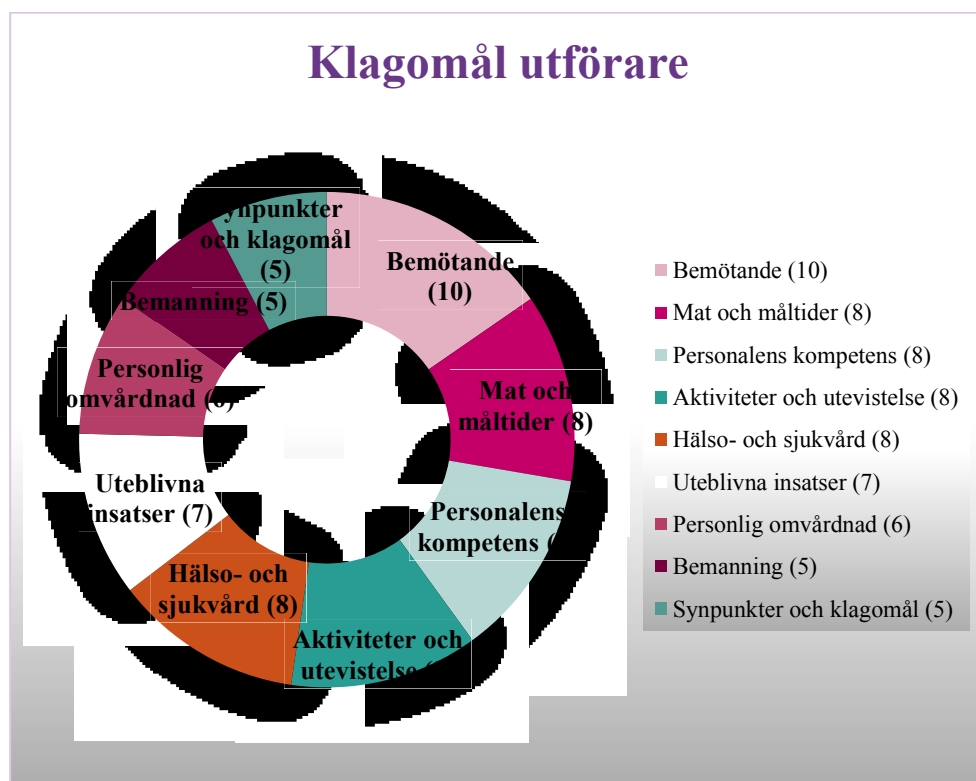
Inspektörernas arbete
januari – mars 2017

Ärenden januari till mars 2017

Under perioden har inspektörerna hanterat 51 ärenden. 3 av dessa var klagomål gällande beställarenheter och 29 var klagomål på utförare av äldreomsorg, varav 2 servicehus, 1 dagverksamhet, 10 hemtjänst och 16 vård- och omsorgsboenden.

De tre klagomål som avser beställarenheter handlade samtliga om biståndsbeslut.

Nedan presenteras de kategorier av klagomål på utförare som varit vanligast förekommande under årets första tre månader.



Ett klagomål kan innehålla flera kategorier

Utöver ovanstående kategorier har klagomål även handlat om ledarskap, samverkan, tillgänglighet, dokumentation, inomhusmiljö, basala hygienrutiner, larmhantering, stöld, städning, nyckelhantering, hjälpmedel samt meddelande om tillfälliga förändringar.

Inspektioner

Nedan sammanfattas de 11 inspektionsrapporter som sammanställts under 1 januari till 31 mars 2017. Utförligare information finns i respektive inspektionsrapport. Syftet med inspektionerna är att säkerställa en god kvalitet i verksamheterna, stärka verksamheternas egna förmågor att utveckla och förbättra verksamheten samt att förebygga risker.

Samtliga inspektionsrapporter har skickats till verksamhetens ledning och uppföljningsansvarig stadsdelsnämnd. När inspektion har genomförts hos utförare i privat regi, har rapporten även skickats till strateg på äldreförvaltningen som förvaltar avtalet.

Utöver inspektionerna har inspektörerna medverkat vid två särskilda granskningar av utförare av hemtjänst, tillsammans med strateger på äldreförvaltningen.

Under 1 januari till 31 mars har inspektörerna även handlagt klagomål på utförare och beställarenheter som inte föranlett någon inspektion. Kontakt har tagits med uppgiftslämnare, verksamheter, aktuell stadsdelsförvaltning samt andra berörda aktörer.

Inspektion hemtjänst

Inspektion av en hemtjänstutförare (Hässelby hemtjänst) genomfördes med anledning av avvikelser som inkommit till Stockholms trygghetsjour under 2016. Avvikelserna har främst handlat om:

- tillgänglighet
- nyckelhantering
- ej utförda insatser
- väntetid vid larm.

Resultat och bedömning bygger på samtal med ledning och personal samt granskning av genomförandeplaner, löpande social dokumentation och tidsregistrering i ParaGå Web. Det är positivt att verksamheten tidigare har använt sig av stadens värdegrundsmaterial. Dock verkar det aktiva arbetet med värdegrunden ha avstannat. Inspektörerna bedömer i likhet med ledningen att det finns ett flertal utvecklingsområden, bland annat den sociala dokumentationen och arbetet med följsamheten till basala hygienrutiner.

Verksamheten har tagit till sig och arbetar med de avvikelser som förekommit gällande verksamhetens tillgänglighet. Utifrån samtalen med personalen framkommer att det ofta är svårt att komma i kontakt med samordnarna. Gällande verksamhetens arbete med informationsöverföring och samverkan fann inspektörerna att mötesstrukturen framstår som ändamålsenligt och tydlig. I verksamheten pågår ett arbete med att utveckla rutinen för hantering av larmtelefonerna.

Inspektion av en hemtjänstutförare (Nordisk hemservice) genomfördes med anledning av klagomål gällande:

- uteblivna läkemedel
- uteblivna insatser
- bemötande av personer med demenssjukdom
- samverkan med anhörig.

Resultat och bedömning bygger på samtal med ledning och personal samt granskning av genomförandeplaner och tidsregistrering i ParaGå Web. Bedömningen är att det pågår ett aktivt värdegrundsarbete i verksamheten och det är positivt att personalen träffas för regelbunden reflektion kring värdegrunden. Inspektörerna vill påminna ledningen om att det är av största vikt att även den personal som inte ingår i demensteamet har tillräckliga kunskaper och kompetens att bemöta brukare med demenssjukdom på ett personcentrerat och professionellt sätt.

Vid granskning av dokumentation konstaterades att personalen inte utför merparten av besöken hos brukarna de är kontaktman för. Ledningen rekommenderas att förvara nyckelkvittenser på ett sådant sätt att uppföljning och egenkontroll av dessa kan göras på ett enkelt sätt. Under inspektionen framkom ingenting som tyder på att ledning och personal inte följer verksamhetens rutin gällande delegering. Under inspektionen framkom heller ingenting som tyder på att ledning och personal inte följer verksamhetens rutin gällande samverkan.

Inspektion av en hemtjänstutförare (HSB Omsorg Södermalm) genomfördes med anledning av klagomål gällande:

- uteblivna insatser
- tillgänglighet.

Resultat och bedömning grundar sig på samtal med ledning och personal samt granskning av genomförandeplaner, löpande social dokumentation och tidsregistrering i ParaGå Web. Verksamheten

har förutsättningarna att kontrollera att beställda insatser blir utförda, detta genom de tekniska systemen. Ledningen måste säkerställa att samtliga brukare har en genomförandeplan knuten till senaste beställningen. Verksamheten kommer att fortsätta arbetet med tillgängligheten som bedöms vara ett utvecklingsområde. Ledningen tar synpunkter och klagomål som inkommer på allvar, de måste dock tillsammans med personalen gå igenom rutinen för synpunkts- och klagomålshantering så att den blir känd för samtliga.

Inspektion av en hemtjänstutförare (Hemtjänst Östermalm Öst) genomfördes med anledning av klagomål som främst gällde:

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

Resultat och bedömning bygger på samtal med ledning och personal samt granskning av genomförandeplaner och löpande social dokumentation. Verksamheten har en engagerad ledning och personal som uppvisar tydligt brukarfokus. Arbetet med värdegrunden kan ske mer aktivt. Ledningen genomför dagliga egenkontroller av utförda besök för att säkra att samtliga insatser utförs enligt beställning. Gällande rutinen för kontakt med biståndshandläggare, finns det ett behov av att förtydliga och förankra den hos samtlig personal. Ledningen uppmanas att tillse att personalen ges tillräckligt med tid för att kunna arbeta funktionsbevarande och i enlighet med beställning hemma hos brukarna.

Verksamheten behöver förtydliga hur de ska arbeta med synpunkter och klagomål. Det är även viktigt att rutinen för hantering av synpunkter och klagomål följs av samtliga inom verksamheten. Det individuella innehållet i genomförandeplanerna är ett fortsatt utvecklingsområde.

Inspektion av en hemtjänstutförare (Olivia hemtjänst AB – Södermalm Söderord) genomfördes med anledning av klagomål gällande:

- uteblivna insatser
- språkkunskaper
- nyckelhantering
- matlagning
- hantering av kontanta medel.

Resultat och bedömning bygger på samtal med ledning och personal samt granskning av genomförandeplaner, löpande social dokumentation och tidsregistrering i ParaGå Web. Ledningen är medveten om personalgruppens behov av kompetensutveckling. Ledningen behöver, förutom att se över personalens kompetens och höja utbildningsnivån, utforma individuella och generella kompetensutvecklingsplaner. Verksamheten behöver vidare följa upp 2016 års arbete med kontinuiteten, den geografiska indelningen samt införandet av att det är kontaktmannen som i största utsträckning ska besöka brukaren.

Ett värdegrundsarbete ska påbörjas och det är positivt att personalen ska träffas för regelbunden reflektion kring värdegrunden. Ledningen behöver göra regelbunden egenkontroll gällande hantering av privata medel samt förankra tillämpligt arbetssätt i personalgruppen. Brukarnas nycklar förvarades under säkra förhållanden dock låg kodlistan framme, ledning och personal måste följa verksamhetens rutin för nyckelhantering.

Inspektion av en hemtjänstutförare (Real Omsorg i Stor Stockholm AB) genomfördes med anledning av klagomål gällande:

- dokumentation
- personalkontinuitet
- personalens kompetens
- personal saknar ofta namnskylt och arbetskläder
- bemötande
- utförande av insatser.

Resultat och bedömning bygger på samtal med ledning och personal samt granskning av genomförandeplaner, löpande social dokumentation och tidsregistrering i ParaGå Web. Inspektörerna fick en bild av en engagerad ledning och personal som förmedlade att de är måna om att ge brukarna en god vård och omsorg. Verksamheten har ett flertal områden att utveckla, bland annat kompetensutveckling, den sociala dokumentationen och arbetet med den nationella värdegrunden.

Ledningen behöver säkerställa att verksamhetens dokumentation uppfyller gällande lagar och regelverk och att personalen görs delaktiga i dokumentationen. Verksamhetens interna system för elektronisk dokumentationen, medför merarbete för verksamheten. Ledningen behöver förtydliga vikten av och syftet med att dokumentera avvikelser. Vid inspektionen informerades

ledningen om att sekretessuppgifter inte får förvaras så att obehöriga kan komma åt dem samt att brukarnas nycklar ska vara märkta med nummer och inte personuppgifter. Ledning och personal uppgav att personal alltid har arbetskläder och namnskylt.

Inspektion av vård- och omsorgsboende

Inspektion av vård- och omsorgsboende (Katarinagårdens vård- och omsorgsboende) genomfördes i slutet av 2016 och rapporten färdigställdes 2017. Inspektion genomfördes med anledning av klagomål gällande:

- matens kvalitet.

Resultat och bedömning bygger på samtal med ledning, personal, boende, observation av lunchmåltiden samt granskning av genomförandeplaner. De boende som inspektörerna samtalade med lyfte att personalen har ett gott bemötande. Av måltidsobservationerna framgick att de boende hade begränsade möjligheter till delaktighet i mat och måltidssituationen. Verksamheten behöver utveckla arbetet med mat och måltider. Flera boende som hade flyttat in under 2016 saknade genomförandeplaner. Flera av planerna som fanns var inte heller uppdaterade vilket gör att de önskemål som stod i planen gällande mat och måltider kunde vara inaktuella. Ledningen brukar ta upp bemötandefrågor och värdegrunden på olika möten.

Inspektion av vård- och omsorgsboendet (Mälarbacken vård- och omsorgsboende) genomfördes i slutet av 2016 och rapporten färdigställdes 2017. Inspektionen genomfördes utifrån klagomål gällande:

- demenskunskaper
- individuella aktiviteter
- bemanning
- inomhusmiljön.

Resultat och bedömning bygger på samtal med ledning, personal samt granskning av genomförandeplaner. Det är positivt att personalen regelbundet får möjlighet till reflektion och att teammöten genomförs. Ledningen behöver se över hur arbetet med BPSD-registreringar bedrivs och säkerställa att samtlig personal får kunskap om BPSD och registret. Ledningen behöver skapa förutsättningar för BPSD-administratörerna att arbeta i registret och för personalen att kompetensutvecklas.

Silviasjuksköterskors och Silviasystrars roller måste tydliggöras och användas som avsett.

Ledningen måste säkerställa att samtliga boende har aktuella genomförandeplaner och se över arbetet med levnadsberättelserna. Under inspektion noterades att de boende under långa stunder lämnades ensamma i de gemensamma utrymmena. Ledningen måste tillsammans med personalen samtala om hur de boende ska få möjlighet att leva ett värdigt liv, känna välbefinnande, trygghet och meningsfullhet. En mer genomtänkt möblering av vissa av de gemensamma utrymmena kan öka förutsättningarna för social samvaro.

Inspektion av vård- och omsorgsboendet (Ersta Hannahemmet) genomfördes utifrån klagomål gällande:

- brister i munvård
- brister i kvällsinsatser i form av byte av nattkläder samt utebliven nedre hygien vid byte av inkontinensskydd
- personals bemötande av boende
- omläggning av bensår.

Resultat och bedömning av inspektionen bygger på samtal med ledning och personal samt observation av kvällsmåltid. Det är viktigt att personalen dokumenterar hur de hanterar situationer när brukare avböjer munvård. Detta för att teamet tillsammans ska kunna utreda, analysera och följa upp vad som bör göras för att brukarna ska få bästa möjliga vård och omsorg.

Ledning, personal och boende beskrev att den allra flesta personalen på Hannahemmet bemöter de boende på ett bra sätt. Ledningen bör dock ha en dialog med personal och boende för att säkerställa att alla boende får ett gott bemötande i alla situationer. Det är viktigt att personalen är tillgänglig för de boende under hela måltiden. Ledning och personal måste samtala om vad de kan göra för att det tryckeskadeförebyggande arbetet ska fungera. Det är positivt att avvikelser diskuteras på arbetsplatsträffar. Ledningen bör gå igenom rutinen för rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah och Lex Maria så att all personal förstår innebörden av dessa.

Inspektion av vård- och omsorgsboendet (Edsättra vård- och omsorgsboende) genomfördes utifrån klagomål gällande bland annat:

- bemötande

- personlig omvårdnad
- samverkan
- hantering av synpunkter och klagomål
- aktiviteter och social stimulans
- dokumentation.

Resultat och bedömning bygger på samtal med ledning, personal, boende samt granskning av genomförandeplaner och löpande social dokumentation. Personal och ledning visade ett stort engagemang och tydligt brukarfokus och personalen var insatt i verksamhetens mål. Mötesstrukturen framstod som tydlig och förankrad hos såväl personal som ledning. Ledningen behöver försäkra sig om att verksamheten erbjuder de boende nödvändiga rehabiliteringsinsatser. Samverkan med jourshjusköterskan fungerade inte tillfredställande.

Samtliga akter som granskades innehöll genomförandeplaner. Planerna var upprättade av kontaktmannen. Personalen uppgav att de inte fått någon utbildning i basala hygienrutiner på länge. Under inspektionen iakttofs personal som inte följde basala hygienrutiner. Verksamheten erbjuder de boende en mängd gemensamma aktiviteter men har svårare att tillgodose behoven av social stimulans för de boende som inte vill eller orkar delta i gemensamma aktiviteter.

Inspektion av vård- och omsorgsboendet (Vårbacka Plaza) genomfördes utifrån ett klagomål gällande:

- läkemedel som inte överlämnats
- tryckskadeprevention
- inträffade fallskador
- samverkan med anhörig/företrädare.

Resultat och bedömning bygger på samtal med ledning och personal. Ledningen måste säkerställa tillgången till legitimerad personal i verksamheten och att den vakanta tjänsten som arbetsterapeut skyndsamt tillsätts. Verksamheten har en tydlig värdegrund och personalen uppgav att de arbetar i enlighet med den. Personalen saknade dock kunskap om äldreomsorgens nationella värdegrund och Stockholm stads värdegrund. Verksamheten arbetar för att förbättra samverkan med anhöriga/företrädare. Ledningen måste snarast skapa förutsättningar för ett fungerande teamarbete.

Personalen kunde ge många exempel på hur de arbetar förebyggande med fall och trycksår. Det behövs dock ett mer strukturerat förebyggande arbetet både vad gäller fall- och tryckskador. Vid inspektionstillfället noterades att verksamheten hade satt upp skyltar med besökstider för anhöriga. Verksamheten får inte ha sådana begränsningar.

Jämställdhet

Inspektörerna har inlett arbetet med att granska utförarnas dokumentation ur ett jämställdhetsperspektiv. Vid samtliga inspektioner där dokumentation granskas, tittar inspektörerna på dokumentation för såväl kvinnliga som manliga brukare. Syftet är att påvisa om det finns några skillnader i verksamheternas dokumentation gällande män och kvinnor. Resultatet kommer att sammanställas och presenteras i verksamhetsberättelsen 2017.