

BESLUT

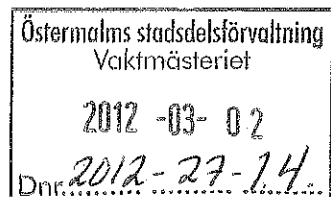
1(16)

Tillsynsavdelningen
Regionala tillsynsenheten öst
Mohammad Dadgaranfar
Tfn 075-247 4822
mohammad.dadgaranfar@socialstyrelsen .se

2011-02-29

Dnr 9.1-37155/2011

Enligt sändlista

**Vårdgivare/Huvudman**

Attendo Care AB
StockholmsGeriatriken, SLSO

Ärendet

Verksamhetstillsyn enligt socialtjänstlagen (2001:453) och patientsäkerhetslagen (2010:659)

Socialstyrelsens beslut

Attendo Care AB ska vidta följande åtgärder:

- Säkerställa att kraven för verksamhetens rutiner för hur skyldigheten att rapportera, utreda, avhjälpa och undanröja allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden ska fullgöras utifrån de nya bestämmelser som gäller för lex Sarah (SOSFS 2011:5).
- Säkerställa att kraven avseende samverkan i 4 kap. 5 och 6 §§ i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete uppfylls.
- Säkerställa dokumentationens kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5).
- Säkerställa att patientjournalen uppfyller regelverkets krav.

Verksamhetschefen enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska vidta följande åtgärder:

- Säkerställa att verksamhetens lokala instruktion för läkemedels- hantering uppfyller regelverkets krav.

StockholmsGeriatriken, SLSO ska vidta följande åtgärder:

- Verksamhetschefen ska säkerställa att administreringssätt framgår på ordinationshandlingen.
- Verksamhetschefen ska säkerställa att ordinationer av läkemedel som ordineras vid behov uppfyller regelverkets krav.

Redovisningen av vidtagna åtgärder ska ha inkommit till Socialstyrelsen senast den 23 april 2012.

Bakgrund

Regeringen beslutade den 24 september 2009 att ge Socialstyrelsen i uppdrag att under tre år göra en nationell tillsyn av vården och omsorgen om äldre. Detta beslut ersätter tidigare regeringsbeslut från den 13 februari 2003 om förstärkt tillsyn vid länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter.

Målet med tillsynen är att brister och missförhållanden inom äldreomsorgen ska rättas till samt att kommuner, landsting och enskild verksamhet förmås att utveckla en vård och omsorg av god kvalitet.

Lagar, förordningar samt föreskrifter från Socialstyrelsen är grund för tillsynen.

Socialstyrelsen genomför under 2011 inspektion med fokus på vården och omsorgens innehåll på verksamhetsnivå samt läkemedelsförskrivning till äldre med stora och sammansatta behov. Särskilda boenden ska tillsynas varav hälften enheter med inriktning mot demenssjukdom.

Socialstyrelsen ska sammanställa och redovisa genomförd tillsyn i en årlig delrapport till regeringen (Socialdepartementet). En slutrapport ska överlämnas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 1 oktober 2013. Redovisningen ska även innehålla uppgifter om hur huvudmännen och utförarna genomför Socialstyrelsens krav på åtgärder för att komma till rätta med brister och missförhållanden.

Underlag

- rutin gällande dokumentation under genomförandet av beslut
- granskning av dokumentation i genomförandet

- granskning av patientjournal och ordinationshandling från det särskilda boendet
- redovisning och bedömning av läkemedelsförskrivning från StockholmsGeriatriken
- Enkät till ansvarig läkare vid Kampementets vård- och omsorgsboende och verksamhetschef vid StockholmsGeriatriken
- enkät till nämnd och entreprenör/vårdgivare
- enkät till enhetschef
- intervju med enhetschef, regionschef, samordnande sjuksköterska, verksamhetschef enligt 29 § HSL och MAS
- intervju med sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och vård- och omsorgspersonal (1 nattpersonal, 3 dagpersonal)
- intervju med fyra närstående
- granskning av fysisk miljö

Inspektionen genomfördes den 1 december 2011 vid Kampementets vård- och omsorgsboende.

Kommunicering/faktaundersökning av en sammanställning över utredningsmaterial har skett med vårdgivare/entreprenör, stadsdelsnämnden och StockholmsGeriatriken. Inkomna synpunkter har beaktats.

Entreprenören har i sitt yttrande över utredningsmaterialet framfört att tillfrågade personal "kände sig mycket förvirrad över de frågor som ställdes". Socialstyrelsen intervjuade en engagerad personalgrupp som svarade på ställda frågor utifrån sina kunskaper och färdigheter.

Redovisning av tillsyn

Planering och styrning

Mål för verksamheten

Av enkätsvar från Östermalms stadsdelsnämnd framkom att nämnden tagit fram övergripande mål och kvalitetsmål avseende verksamheten inom socialtjänsten. Verksamheten skulle enligt nämndens enkätsvar vara bemannat dygnet runt årets alla dagar. Entreprenören/vårdgivare informerades om de övergripande målen och hade också ansvar att implementera dem i verksamheten.

Entreprenören/vårdgivaren bekräftade i sitt enkätsvar att det fanns övergripande mål framtagna av nämnden. Entreprenören/vårdgivaren hade också tagit fram mål för verksamheten som betydde att all vård- och omsorg skulle utgå ifrån brukarens behov och förutsättningar.

Av enhetschefens enkätsvar framkom att entreprenörens mål för socialtjänsten hade brutits ned till verksamhetsmål för enheten. Personalens engagemang, delaktighet och möjlighet att infria de boendes förväntningar nämndes som exempel på mål på enhetsnivå. Dessa mål följdes upp inom enheten genom daglig reflektion, arbetsplatsmöten och brukarundersökningar.

Vid intervjun med ledningen framkom att det fanns ett upprättat ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet samt att vårdgivaren hade övergripande mål för hälso- och sjukvården som hade brutits ned i verksamheten. Som exempel nämndes att verksamheten skulle genomföra riskbedömningar då en enskild flyttade in till boendet samt vid behov. Alla enskilda skulle ha en vårdplan och att de skulle genomföra läkemedelsgenomgångar. Enligt intervjuad personal kände de inte till om de övergripande målen avseende hälso- och sjukvården samt socialtjänsten hade brutits ned i verksamheten.

Entreprenören undrar i sitt yttrande över utredningsmaterialet om hur Socialstyrelsen säkerställer att missförstånd inte uppstår. Som exempel vill entreprenören veta vad Socialstyrelsen menar med "bryta ned i verksamheten".

Medicinsktekniska produkter

Enligt ledningen fanns dokumenterade rutiner för användning av medicintekniska produkter (MTP). Intervjuad personal uppgav att de fick den information och utbildning som behövdes för att använda produkterna samt att instruktion på svenska fanns tillgänglig.

Samverkansavtal läkarinsatserna

Enligt enkätsvaren från verksamhetschefen vid Stockholms Geriatriken och ansvarig läkaren på Kampementets vård- och omsorgsboende reglerades läkarens uppdrag i landstingets "Regelbok för läkarinsatser i särskilda boenden för äldre 2011".

Av enkätsvaret från verksamhetschefen framgick vidare att en läkare var utsedd för läkarinsatserna i det särskilda boendet och att avsatt tid var tillräcklig. Rutiner fanns för att följa upp läkarinsatserna.

Enligt intervjuerna med ledningen och personalen kunde läkaren göra såväl planerade som akuta hembesök under hela dygnet.

Enligt verksamhetschefen för Stockholms Geriatriken fanns rutiner för suicidriskbedömning samt kännedom om anmälningsskyldigheten (SOSFS 2008:21), som följer av vapenlagen. Enligt enkätsvar från ansvarig läkare på Kampementets vård- och omsorgsboende fanns tveksamheter om det fanns en rutin för suicidriskbedömning.

Lex Sarah

Vid intervjun med ledningen och personalen framkom att det fanns rutiner i verksamheten för handläggning av Lex Sarah. Ledningen kände till förändringarna i den nya föreskriften. Vid en anmälan om Lex Sarah gjorde en extern personal utredningen i samarbete med entreprenörens kvalitetsavdelning. Erfarenheter som gjordes i samband med en utredning förmedlades till personalen. Enligt intervjun med ledningen framkom också att erfarenheterna användes i det systematiska kvalitetsarbetet.

Vid intervjun med personalen hade de svårt att redogöra för innebörden av bestämmelsen men de förklarade att det handlade om missförhållanden eller misstänkta missförhållanden. Lex Sarah diskuterades bland annat vid arbetsplatsträffar.

Entreprenören har i sitt yttrande över utredningsmaterialet framfört att personalen är förtrogen med lex Sarah och dess innehåll.

Bemannning

Av enkätsvar från stadsdelsnämnden framkom att nämnden genom ett omfattande uppföljningsarbete säkerställde att entreprenörens bemanning och övriga resurser överensstämde med målgruppen och verksamhetens behov. Enligt enkätsvar från enhetschefen fanns det rutiner för att fortlöpande kontrollera att antalet personal svarade mot de enskildas behov över hela dygnet. Vidare framkom att uppdaterade genomförandeplaner gjorde det möjligt för enhetschefen att kontrollera om personalresurserna var tillräckliga. Ledningen ansåg att bemanningen var tillräcklig i förhållande till den enskildes behov samt att personalen hade den specifika kompetensen som behövdes för att ge den enskilde god vård och omsorg.

Vid gruppintervjun med personalen framkom att alla fick prioritera sitt arbete. De beskrev att det var svårt att hinna med eftersom det ställdes höga krav på vad som skulle utföras i verksamheten. Vidare framkom att det fanns många deltidsanställda i verksamheten vilket bidrog till kort "överlappningstid". Enligt ledningen fanns möjlighet att utöka personalen vid behov. Intervjuad personal ansåg att det var mycket svårt att få in extra personal vid behov och att det i första hand skedde en omfördelning av den befintliga personalen på boendet. Vidare framkom att sjuksköterskan var tillgänglig dygnet runt på boendet.

Entreprenören har i sitt yttrande över utredningsmaterialet framfört att "de överlappningstider som finns enligt schema koncentreras på överrapportering mellan de olika arbetspassen".

Frågor specifikt för demensboende

Vid intervju med ledningen uppgav de att de använde sig av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom som stöd i arbetet. Enligt ledningen hade inte alla enskilda som beviljats plats på Kampementets enheter med demensinriktning en fastställd demensdiagnos. Enligt enkätsvar från ansvarig läkare på boendet hade alla enskilda på enheterna med demensinriktning en demensdiagnos.

Metoder för diagnostik, vård- och behandling

Omvårdnad

Vid intervjuerna framkom att verksamheten hade skriftliga rutiner för att identifiera och förebygga felnäring/undernäring, fall och trycksår.

Hygien

Vid intervjuerna framkom att verksamheten hade rutiner för att förebygga smittspridning. Enligt ledningen, vård- och omsorgspersonalen arbetsterapeut och sjukgymnast var dessa utformade i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:19) om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m. för att förebygga smittspridning. Detta var inte känt av intervjuad sjuksköterska. Personalen beskrev vid intervjun att de hade lokala hygienombud som arbetade med att förebygga smittspridning på boendet. Vidare framkom att verksamheten hade tillgång till extern vårdhygienisk kompetens.

Vårdgivaren har i sitt yttrande över utredningsmaterialet framfört att aktuell sjuksköterska ställer sig mycket frågande till detta och hävdar att det då måste ha blivit något missförstånd. "Hon känner givetvis till SOSFS 2007:19 och arbetar efter dessa riktlinjer"

Läkemedel/Läkemedelshantering i boendet

Verksamheten hade en lokal instruktion för läkemedelshantering och rutiner för narkotikakontroll. Enligt sjuksköterskan var det oklart om det fanns skrivet i den lokala instruktionen för läkemedelshantering vilka delar av läkemedelshantering som fick delegeras eller om det fanns vissa begränsningar. Vidare framkom det vid intervjuerna att ordinerade läkemedel dispenserades i så kallad Apo-Dos och att detta system för att tillhandahålla läkemedel var patientsäkert. Ordinationer enligt generella direktiv förekom och enligt intervjuad sjuksköterska uppfyllde de regelverkets krav.

Vårdgivaren har i sitt yttrande över utredningsmaterialet framfört att berörd sjuksköterska säger att "det inte handlar om delegering och om vad som får delegeras utan istället om vilka kunskaper/erfarenheter som personen som tar emot delegering har". Vidare framkommer att det kan vara svårt för en ny sjuksköterska innan hon/han känner all personal, men att ingen delegering ges av ny sjuksköterska innan hon har tillräckligt med kunskap om den personal som får delegering.

Systematiska läkemedelsgenomgångar

Enligt enkätsvaren från StockholmsGeriatriskens verksamhetschef och ansvarig läkare utfördes systematiska läkemedelsgenomgångar en gång per år enligt Socialstyrelsens kvalitetskriterier för äldre.

Vid genomgången deltog ansvarig läkare, sjuksköterska och patienten. Enligt intervjuerna med ledningen och personalen inhämtade sjuksköterskan information från vård- och omsorgspersonalen inför genomgångarna.

Enligt inkommet yttrande från verksamhetschefen vid StockholmsGeriatricken över sammanställt utredningsmaterial har läkarna sedan årsskiftet huvudansvaret för att planera läkemedelsgenomgångar enligt Stockholms Läns Landstings regelbok. Av stadsdelsnämndes yttrande framgår att stadsdelens MAS hade deltagit i samverkansmöten med StockholmsGeriatricken.

Vid granskningen av patientjournalerna från Kampementets vård- och omsorgsboende framgick i tre av fyra patientjournaler att läkaren hade haft läkemedelgenomgångar. I en patientjournal framgick att läkaren hade haft genomgångar och justeringar med patienten angående dennes medicinering vid flera tillfällen.

Enligt inkommet yttrande från verksamhetschefen vid StockholmsGeriatricken över sammanställt utredningsmaterial har alla haft läkemedelsgenomgångar enligt regelboken.

Granskning av ordinationshandlingar

Läkemedlen ordinerades via dosrecept. Vid tillsynen uppstod missförstånd i samband med inhämtandet av ordinationshandlingarna från Kampementets vård- och omsorgsboende respektive StockholmsGeriatricken. Socialstyrelsen har därav inte kunnat ta ställning till om dessa överensstämde.

Av de ordinationshandlingar Socialstyrelsen tagit del av framgår läkemedlets namn, beredningsform, styrka, dosering och administrationsätt. På en av de granskade ordinationshandlingarna framgick inte ad-

ministreringssätt avseende insulin. Ordinatörens namn framgick av ordinationshandlingen. Samtliga ordinationer saknade vilken maxdos som gällde för läkemedel som ordinerades vid behov. Det framgick inte på någon ordinationshandling med vilken tidsintervall läkemedel som ordinerades vid behov fick tillföras patienten.

Redovisning av läkemedelsordinationer för aktuella personer

Granskning har genomförts för vissa läkemedelsordinationer och indikationer för fyra patienter i aktuellt boende. Redovisningen av denna granskning sker på aggregerad nivå regionvis i delrapporten för Äldre-uppdraget 2011.

Personalens kompetens

Kompetens/kompetensutveckling/utbildning/introduktion

Vid intervjun med ledningen framkom att rutiner för introduktion av nyanställda fanns. Rutinerna var anpassade till verksamheten och de tillämpades i verksamheten. Vidare framfördes att det fanns kompetensutvecklingsplaner utifrån verksamhetens behov. I år fokuserade verksamheten på demens och nästa år skulle fokus vara på anhörigvård.

Enligt enkätsvar från enhetschefen var fyra av 50 vård- och omsorgspersonal utan formell utbildning men med lång erfarenhet inom omsorgen om äldre. Fem hade vårdbiträdeutbildning och 41 med utbildning som motsvarade omvårdnadsprogrammet, varav en med vidareutbildning till Silviasyster. Vidare framfördes att kompetensutvecklingsplan upprättades och enhetschefen inventerade och följde upp personalens kompetens vid årliga medarbetarsamtal. Vid gruppintervjun med personalen bekräftades ovanstående. De framförde också att det pågick utbildning i demens på enheten samt att de hade fått utbildning kring vård i livets slut. Vidare beskrev personalen att teamarbetet med sjuksköterska och rehabiliteringspersonal var viktigt samt att de även fick vägledning av Silviasyster i det dagliga arbetet.

Entreprenören har i sitt yttrande över utredningsmaterialet framfört att begreppet "anhörigvård" inte används i verksamheten. Under 2012 kommer alla medarbetare att genomgå en "anhörigutbildning".

Samverkan/samarbete

Intern och extern samverkan

Enligt intervjuerna med ledningen och personalen hade verksamheten dokumenterade rutiner för den interna samverkan mellan samtliga yrkeskategorier. Det fanns även rutiner för samverkan med externa aktörer så som polis, psykiatrisk klinik och frivilligorganisationer. Enligt

ledningen fanns det inga fungerade rutiner för samverkan med socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Vid behov kontaktades biståndshandläggare som i sin tur tog kontakten med socialtjänsten.

Intervjuad personal visste inte om det fanns dokumenterade rutiner för samverkan mellan biståndshandläggare och personal som utförde de beslutade insatserna. Samverkan skedde utifrån den praxis som fanns inom verksamheten. När det gällde den interna informationsöverföringen angav personalen att det inte alltid fungerade. På grund av många deltidsanställda uppstod ibland kort "överlappningstid" som ledde till brister i rapporteringen mellan de olika personalgrupperna vid skifte mellan arbetspassen.

Riskhantering

Verksamhetschefen vid StockholmsGeriatriken och ansvarig läkare på boendet hade bland annat identifierat fall, läkemedelsbehandling, infektioner och trycksår som patientsäkerhetsrisker för patienter boende i särskilt boende. För att minimera dessa risker uppgav verksamhetschefen att läkaren "följer kvalitetsindikatorer för bra läkemedelsbehandling för äldre" vid ordination av läkemedel. Dessutom utfördes läkemedelsgenomgångar. Vidare framfördes att läkaren följde STRAMA:s (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) riktlinjer för antibiotikabehandling.

Enligt ledningen fanns rutiner för riskhantering och de hade också genomfört riskanalys. Där hade riskområden som förvaring av kemikalier, hot och våld, olåsta dörrar och att någon enskild avvek från enheten identifierats i verksamheten. Utifrån dessa riskområden hade handlingsplaner utformats.

Rättsäkerhet - dokumentation i genomförandet

Vid intervjun med ledningen framkom att insatserna på vård- och omsorgsboendet inte biståndsbedömdes utan de äldre som flyttade in till verksamheten hade ett så kallad rambeslut. Genomförandeplanen byggdes på rambeslutet/ beställningen och vårdplanering. Uppföljning av boendens aktuella behov skedde i samband med vårdnivåmätningarna mötena mellan entreprenören och biståndshandläggarna.

Av intervjun med vård- och omsorgspersonalen framkom att de dokumenterade i det dokumentationssystem, Parasol, som fanns tillgängligt för alla medarbetare. Genomförandeplaner fanns för samtliga som bodde på boendet. Genomförandeplan upprättades inom två veckor efter den enskildes inflyttning. På grund av demenssjukdom kunde den enskilde inte alltid delta vid planeringen eller skriva under den upprättade genomförandeplanen. Vid planeringen deltog istället oftast närstående som kunde framföra önskemål. Information som framkom vid

vårdplaneingen från den enskilde och/eller närstående, levnadsberättelse och observation av den enskilde användes som underlag för utformningen av genomförandeplanen. Genomförandeplanen följdes upp vid behov eller två gånger per år.

Socialstyrelsen begärde även och fick ta del av kopior på den sociala dokumentationen för fyra av verksamheten utvalda personer på boendet. Samtliga akter innehöll en beställning av särskilt boende, en genomförandeplan och journalanteckningar. I tre akter fanns även en aktiveringsplanering. Nämndens beställning gällde för särskilt boende och innehöll bland annat information om den enskildes aktuella situation, uppgifter om den enskildes sociala nätverk och målet med den beslutade insatsen. Av beställningarna framgick inte vilka specifika insatser den enskilde behövde för att få sina behov av omsorg och omvårdnad tillgodosedda. Genomförandeplanerna beskrev delvis vilka insatser som skulle genomföras, målet med insatserna samt hur och när de skulle utföras. Av samtliga planer framgick datum för när de hade upprättats men det saknades information om de var nyupprättade eller avsåg uppföljningar av tidigare planer. Samma datum hade angivits för uppföljningar av samtliga planer. Information om vilka som deltagit vid planeringen saknade i tre planer och godkännande med underskrift saknades i en. Målet med beviljade insatserna framgick av tre planer.

I samtliga granskade akter fanns journalanteckningar som fördes i kronologisk ordning signerade av berörd personal. Av anteckningarna framkom för det mesta vardagliga händelser som inte hade någon betydelse för genomförandet av insatser. Det framkom inte i några anteckningar när insatsen hade påbörjats. Avvikelse från genomförandeplanen och relevanta händelser som skulle påverka den enskildes behov av omsorg och omvårdnad antecknades sällan i journalen. Likaså framgick inte av anteckningarna om insatserna hade följts upp eller om den enskilde hade tagit del av dokumentationen.

Entreprenören har i sitt yttrande över utredningsmaterialet framfört att ”relevanta händelser som påverkar den boendes behov antecknas alltid – t.ex. fall”.

Spårbarhet

Enligt ledningen och personalen fanns rutiner för hur uppgifter skulle dokumenteras i patientjournalen.

Vid intervjun framkom att sjuksköterskan ansåg att det fanns tid för att dokumentera. Sjukgymnast och arbetsterapeut uppgav att det kunde vara svårt att hinna med dokumentationen för alla 96 enskilda på boendet.

Granskning av journaler

Av granskade patientjournaler från Kampementets vård- och omsorgsboende framgick att omvårdnadsbehov/problem för aktuella patienter hade identifierats av sjuksköterskorna. Åtgärder hade planerats och vidtagits för att underlätta för patienten men uppföljning av genomförda åtgärder saknades till viss del. Vidare framgick av journalerna att patienterna var bedömda av sjukgymnast och arbetsterapeut, som ordinerade åtgärder och följde upp effekterna av ordinationerna.

Vidare framkom att preventionsbedömningar var genomförda.

Försörjning av tjänster, produkter och teknik

Enligt ledningen och personalen hade verksamheten säkerhetskopiering (backup) av patientuppgifter och verksamheten hade tillgång till support avseende datasystemet under hela dygnet.

Omsorgens innehåll

Inflytande

I gruppintervjun med ledningen framkom att man såg till att den enskilde hade inflytande över omsorgens innehåll genom samverkan med närstående. Man arbetade också med *Quaid*, ett arbetssätt för att kunna tolka varje persons uttryckssätt och behov i samband med demenssjukdomar.

Enligt vård- och omsorgspersonalen hade den enskilde inflytande över omsorgens dagliga innehåll och man tog hänsyn till deras vanor, intressen och vardagsrutiner. Som exempel nämndes flexibilitet vid måltiderna. Personalen uppgav också att man lärde känna de enskilda och var lyhörda för deras behov.

Entreprenören har i sitt yttrande över utredningsmaterialet framfört att "QUALID är en metod för att kunna mäta livskvaliteten för de med långt framskriden demenssjukdom".

Trygghet och säkerhet gällande fysisk miljö

Kampementet vård- och omsorgsboende omfattade sex våningsplan med inriktning mot både omvårdnadsboende och personer med demenssjukdomar. Varje plan var indelad i två sidor med åtta lägenheter på var sida. Varje sida hade ett kök och matsal/gemensamhetsutrymme för social samvaro. En trädgård fanns i anslutning till boendet och en

stor gemensam balkong på varje våningsplan. På entréplanen hade verksamheten gemensamma lokaler för bland annat sjukgymnastik och arbetsterapi. Totalt fanns 96 enrumslägenheter utrustade med eget hygienutrymme och kokvrå/trinett. Lägenhetsdörrarna var utrustade med nyckellås med vred på insidan. Ytterdörr till våningsplanen liksom ytterdörren till äldreboendet hade kodlås. Enligt personalen klarade inte de flesta enskilda att utan stöd låsa upp och öppna ytterdörren till våningsplanen.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Av intervjuerna med ledningen och vård- och omsorgspersonalen framkom att en aktivitetsplan upprättades för varje enskild. Vid planeringen som gjordes i samverkan med närstående försökte personalen att uppmärksamma de enskildas uppfattning om meningsfull och aktiv tillvaro. Boendet hade två aktivitetsansvariga som anordnade de gemensamma aktiviteterna. Det fanns också möjlighet för den enskilde att framföra individuella önskemål till sin kontaktperson. Kontaktpersonen hade en timme per vecka, så kallad "egen tid" för den enskilde. Det fanns även en vårdhund på enheten.

Den enskildes uppfattning

I samtal med närstående framkom att en person av fyra hade valt att ansöka om boende på Kampementet. Tre av de tillfrågade anhöriga uppgav att deras närstående hade möjlighet att få hjälp med utevistelse om de önskade. En person besökte sin närstående nästan dagligen och tog ut sin anhörig på promenader. En angav att hennes anhörig fick hjälp att komma ut till balkongen och trädgården och var inte säker på om hon fick hjälp med promenad. Vidare framkom att samtliga intervjuade hade kännedom om de gemensamma aktiviteter som anordnades. Två personer ansåg att de gemensamma aktiviteterna inte tillgodosåg deras anhörigas intresse. Ingen av de tillfrågade visste om personalen gjorde någon aktivitet för enbart deras närstående.

Samtliga intervjuade hade kännedom om att deras närstående hade en genomförandeplan samt att i denna beskrevs den hjälp och det stöd deras anhöriga behövde. Samtliga hade godkänt genomförandeplanerna med underskrift. Tre av fyra intervjuade ansåg inte att deras närstående fick tillräcklig hjälp utifrån behovet. För lite omsorg för att känna ett välbefinnande angav en av intervjuade, otillräcklig städning och dålig munvård var andra exempel som nämndes. Ingen av de intervjuade tyckte att det fanns tillräckligt med personal för att deras närstående skulle få hjälp med det de behövde. De tillfrågade var annars nöjda med den hjälp deras närstående fick av personalen. Två tyckte att deras närstående satt ensam för det mesta. Anhöriga till de intervjuade angav att deras närstående inte kunde låsa eller öppna sina lägenhets-

dörrar. Samtliga angav att enhetsdörren var låst vilken de upplevde var bra. Kod var uppsatt så anhöriga kunde komma in och gå ut när de ville. På grund av fysiska begränsningar kunde ingen av deras närstående ta sig fram till enhetsdörren eller öppna dörren utan hjälp från personalen. Tre tyckte att det var bra att enhetsdörren var låst. De önskemålen om förbättringar som framfördes var bland annat, mer personal så de boenden inte skulle behöva känna sig ensamma, bättre tvätt och städning samt mera stöd och utbildning till personalen i det vardagliga arbetet.

Entreprenören har i sitt yttrande över utredningsmaterialet ifrågasatt närståendes uppfattning om utbudet av verksamhetens gemensamma aktiviteter. Entreprenören menar att verksamheten har många gemensamma aktiviteter men även individuella utefter boendes önskemål. Vidare ifrågasätter entreprenören närståendes omdöme om den hjälp deras anhöriga får och i förhållanden till personalbemanningen. Entreprenören ställer frågan om "vem gör den bedömningen och vad grundas den på?".

Skälen för beslutet

Tillämpliga bestämmelser

- 2 a och e §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Socialtjänstlagen (2001:453)
- 3 kap 6 § patientdatalagen (2008:355)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
- 2 kap. 2 §, 4 kap. 3 § och 6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2001: 1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
- 3 kap. 2 § och 4 kap. 2, 3, 4, och 5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, som gällde vid tidpunkten för inspektionen. Dessa bestämmelser upphörde att gälla den 1 januari 2012 då Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft med motsvarande bestämmelser i 4 kap. 6 § och 5 kap. 1, 7 och 8 §§ samt 6 kap. 1 § .
- 6 kap. 1 och 2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ären-

den och genomförande av insatser enligt SOL, LVU, LVM och LSS.

- 4 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Dessa bestämmelser upphörde att gälla den 1 januari 2012 då Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft med motsvarande bestämmelser i 4 kap. 5 §.
- 3 kap. 4-8 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården
- 2 kap. 2 § och 3 kap. 1 och 3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om Lex Sarah som trädde i kraft den 1 juli 2011. Genom denna författning upphävdes Socialstyrelsens tidigare föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:5) om anmälan om missförhållanden i omsorgen om äldre och funktionshindrade enligt 14 kap. 2 § SoL.
- Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen har vid sin granskning funnit följande brister som rör vård- och omsorg:

Attendo Care AB

- De nya bestämmelser som gäller för lex Sarah var inte kända av personalen. Intervjuad personal hade svårt att redogöra för innebörden av lex Sarah.

För att uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten måste entreprenören fortlöpande uppdatera kunskapen om de gällande lagar och andra föreskrifter som reglerar verksamheten. Den som bedriver verksamheten ansvarar för tillämpningen.

- Skriftliga rutiner saknades för samverkan mellan personal som fattade beslut gällande den boendes behov och personal som utförde beslutet. Det saknades även rutiner för samverkan med andra berörda verksamheter inom socialtjänsten liksom med ex-

terna myndigheter och aktörer. Det fanns också brister i rapporteringen mellan de olika personalgrupperna vid skifte mellan arbetspassen.

För att säkerställa att samverkan möjliggörs är det viktigt att entreprenören identifierar var samverkan behövs och utforma rutiner som krävs för samarbetet. En väl fungerande samverkan har stor betydelse för kvaliteten i äldreomsorgen.

- Anteckningar som fördes i de granskade journaler uppfyller inte de krav som ställts i socialtjänstlagen.

Det är viktigt att dokumentationen vid genomförande av insatser sker på ett ändamålsenligt sätt. Den underlättar den individuella uppföljningen av om den enskilde får beviljad insats. Dokumentationen behövs också för informationsöverföringen mellan personal och för att upprätthålla kontinuitet i arbetet.

- Det saknades uppgifter om uppföljningen av genomförda åtgärder i patientjournalen.

Vid tillpunkten för inspektionen framkom att de övergripande målen som var framtagna för verksamheten inte var kända av intervjuad personal. Det är viktigt att målen bryts ner till konkreta nivåsmål som inriktas på frågor som har specifik betydelse för vård- och omsorgen om de äldre så personalen kan identifiera verksamhetens mål i sitt vardagliga arbete. Socialstyrelsen utgår ifrån att entreprenören arbetar för att förankra verksamhetens mål hos personalen.

Sjukgymnast och arbetsterapeut ansåg att det kunde vara svårt att hinna dokumentera på alla boende. Socialstyrelsen utgår från att vårdgivaren ger tidsmässiga förutsättningar för legitimerad personal att dokumentera.

Tre av fyra intervjuade anhöriga ansåg inte att deras närstående fick tillräcklig hjälp utifrån behovet. Ingen av dem tyckte att det fanns tillräckligt med personal för att deras närstående skulle få hjälp med det de behövde. Socialstyrelsen utgår från att ledningen för verksamheten följer upp att det finns den personal som behövs för att ge den enskilde/patienten en vård- och omsorg av god kvalitet.

Verksamhetschefen enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

- Det råder oklarheter om det i den lokala instruktionen framgår vilka delar av läkemedelshandlingen som får delegeras eller om det fanns vissa begränsningar.

StockholmsGeriatiken, SLSO

- I ordinationshandling saknades administreringsätt för insulin.
- Det angavs inte maxdos och tidsintervall på alla ordinationshandlingar gällande medicin som ordinerar vid behov.


Verksamhetschefen och ansvarig läkare hade olika uppfattningar om rutin för suicidriskbedömning fanns. Socialstyrelsen utgår från att verksamhetschefen implementerar rutinen.

Beslut i detta ärende har fattats av sektionschefen Eva Wastenson. I den slutliga handläggningen har inspektören Ann Bergman deltagit. Inspektören Mohammad Dadgaranfar har varit föredragande.

För Socialstyrelsen



Eva Wastenson



Mohammad Dadgaranfar

Sändlista: StockholmsGeriatiken och Attendo Care AB

Kopia till: Östermalms stadsdelsnämnd, verksamhetschef enligt 29 § HSL, enhetschef, MAS, verksamhetschef vid StockholmsGeriatiken och Kommunala pensionärsrådet (KPR)