



LÄNSSTYRELSEN I STOCKHOLMS LÄN

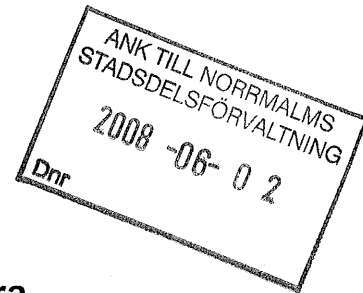
Enheten för funktionshinder och
äldre frågor
Evabritt Cederblad
785 4420

BESLUT

Datum
2008-05-29

Beteckning
7010-08-41070

Norrmalms stadsdelsnämnd
Box 3128
103 62 Stockholm



Tillsyn av Vasens äldreboende enheterna tre och fyra

Beslut

Länsstyrelsen riktar kritik mot Norrmalms stadsdelsnämnd för brister i dokumentationen som medför att rättssäkerheten under verkställigheten inte tillgodoses.

Länsstyrelsen begär att nämnden inkommer med ett yttrande hur dessa brister ska åtgärdas. Svar ska ha inkommit till Länsstyrelsen senast 2008-07-17

Nämnden måste även säkerställa att bemanningen alltid utgår från de boendes behov av omsorg och vård och att ett kvalitetssystem motsvarande Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) tillämpas i verksamheten.

Bakgrund

I en granskning av verksamheten i oktober 2005 lyfte Länsstyrelsen fram flera förbättringsområden men riktade ingen kritik. Det gällde bl.a. brister i dokumentationen, bedömning av de boendes individuella behov på natten, gemensamma och individuella aktiviteter, information till boende och närstående och brister i kunskap om skyldigheten att anmäla missförhållanden.

Länsstyrelsens bedömning

Rättssäkerhet

Länsstyrelses utgångspunkter är 3 kap. 3 och 5 §. 11 kap. 5-6 § SoL. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL m.m. (SOSFS 2006:5). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL mm. (SOSFS 2006:11).

Dokumentationen förvaras i pärmar på varje enhetsexpedition och i datasystemet Parasol. Verksamheten har tidigare använt ett annat datasystem och Parasol är inte inarbetat och upplevs av både ledning och omsorgspersonal vara svårarbetat. Det framkommer att vikarier som saknar inloggningskod inte har tillgång till dokumentationen. Ingen av personalen har heller tillgång till hälso- och sjukvårdsdokumentationen.



Ledning och personal uppger att de uppgifter som lämnas från beställaren inte är tillräckliga för att kunna planera insatserna. Personalen inhämtar själva information från bl.a. närstående och sjuksköterska.

Vid Länsstyrelsens granskning av dokumentationen framgår inte vilka uppgifter som ligger till grund för de genomförandeplaner som upprättats. Inte heller framgår hur de insatser som är dokumenterade ska genomföras eller i vilken omfattning.

Länsstyrelsen har tagit del av den dokumentation som finns och bedömer att det inte går att följa dokumentationen i något av systemen. Det saknas en tydlig struktur och det är svårt att se vilka dokument som är aktuella och hur dokumenten förhåller sig till varandra. Det gäller både journalanteckningar och genomförandeplan.

Det framgår t.ex. inte hur den äldre varit delaktig eller på vilket sätt den äldre har utövat inflytande över det praktiska genomförandet, det framgår inte när de olika insatserna påbörjats, om det har inträffat omständigheter som medfört att insatsen inte har kunnat genomföras eller om den enskildes behov har förändrats.

Av dokumentationen ska framgå om det finns önskemål och behov som verksamheten inte kan tillgodose. För att garantera den enskildes rättssäkerhet måste den som inte är nöjd med de insatser som verksamheten erbjuder i form av service, omsorg och aktiviteter eller har andra behov, få sina rättigheter prövade i enlighet med socialtjänstlagen.

Bristerna i dokumentationen (journalanteckningar och genomförandeplan) gör att det saknas underlag för uppföljning och omprövning av nämndens beslut och tillräckligt underlag för att kunna planera och dimensionera bemanning. Den innehåller inte heller tillräckliga uppgifter för att kunna utvärdera insatsernas kvalitet.

Inflytande, självbestämmande och integritet

Enligt personalen bestämmer de boende själva, när de vill gå upp, hår och klädstil, kosmetika mm. Av dokumentationen framgår dock inte hur den enskilde haft inflytande och varit delaktig i de insatser som ges. Närstående uppger att information som lämnas till en personal om hur den äldre vill ha det stannar hos den personen, informationen förs inte vidare och blir inte känd av övrig personal.

I förtroenderådet representeras de boende av sina närstående. Möten anordnas fyra gånger per år och protokoll från mötet sätts upp på en anslagstavla. Anhörigträffar för varje enhet genomförs minst en gång per år där syftet är att träffas och umgås. Närstående uppger att de varit inbjudna till julmiddag och haft trevligt tillsammans med äldre och personal. Något annat forum för synpunkter och information än förtroenderådet känner de inte till men vid ett tillfälle har de fått



information om den pågående upphandlingen av verksamheten. Det framkommer att informationen från ledningen skulle kunna förbättras. Information till boende och närstående om vad de kan förvänta sig av verksamheten är enligt Länsstyrelsen en förutsättning för att kunna vara delaktig.

De äldres lägenheter har god standard med eget kök och hygienutrymme. Alla uppges ha egna nycklar till sin bostad. Enligt ledningen medför den goda bostadsstandarden att den enskildes integritet i hög grad respekteras.

Närstående som Länsstyrelsen talat med uppger att personalen är snäll och vänlig, Länsstyrelsen uppmärksammar att personalen bemöter de äldre på ett respektfullt sätt.

Kompetens

Enhetschef och biträdande chef har båda högskoleutbildning, enhetschefens grundutbildning är social omsorgsutbildning och biträdande chef är sjuksköterska. De flesta av den ordinarie personalen uppges ha en grundutbildning inom vård och omsorg och flera har gått eller ska påbörja en utbildning inom demensomsorg. Det finns även personal som saknar grundutbildning och som inte deltagit i någon demensutbildning. En av personalen uppger att den enda utbildning hon fått under åtta år är en "lyftutbildning". Det framkommer även att några av personalen under våren 2007 har gått en längre utbildning i dokumentation som var mycket uppskattad, men på grund av dåligt stöd från ledningen har den inte resulterat i något förändringsarbete.

Flera av personalen uppger att de önskar handledning. En enhet har tidigare haft extern handledning som varit uppskattad men den har nu upphört.

Det framkommer att kompetensen brister när det gäller att kunna identifiera fel och brister i verksamheten. Lex Sarah som begrepp är känt men vad som kan betraktas som allvarliga missförhållanden eller hur en anmälan ska göras, vem som tar emot en anmälan eller var instruktionen finns råder en stor osäkerhet. All personal känner inte heller till att det finns ett system för att hantera klagomål. Hur en avvikelse enligt hälso- och sjukvårdslagen ska anmälas och till vem, är känt av den personal som Länsstyrelsen talat med.

Enligt ledningen finns en kvalitetssamordnare som är deltidsanställd för att utveckla kvaliteten och det finns ett kvalitetsråd med en representant från varje enhet. Det framkommer att avvikelshantering och fallrapporter diskuteras på kvalitetsrådet men inte fel och brister. All personal känner inte till kvalitetsrådet eller i vilket syfte rådet finns.

De övergripande målen och de grundläggande värderingarna som framgår av 1 kap. 1 § SoL och bestämmelsen om kvalitet som framgår av 3 kap. 3 § SoL, utgör grunden för det systematiska kvalitetsarbetet. Enligt Länsstyrelsen är det viktigt



att någon i ledande ställning inom verksamheten kan ge personalen stöd och vägledning i den omfattning som behövs för att kunna utföra arbetet i enlighet med socialtjänstlagens intentioner.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) framgår att ledningssystemet för kvalitet ska säkerställa att det finns rutiner för att fortlöpande kontrollera att personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna och att personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutvecklingen inom verksamhetsområdet.

Insatsernas innehåll och kvalitet

Personalen uppger att bemanningen har blivit bättre och stabilare än tidigare, de dagar de är ordinarie personal och full personalstyrka så hinner de med sitt arbete. Det bekräftas även av närstående. Enligt ledningen ska en personal bemanna varje enhet mellan 10-19 för att kunna möta och hjälpa de äldre när övrig personal är upptagna med omvårdnadsarbete i de boendes lägenheter. Den som har det arbetspasset har ansvar för att stimulera social samvaro, aktiviteter, mat, fika och dyl. Enligt chefen har det medfört att de boende blir lugnare och närstående har uttryckt att det blivit bättre.

Vid tillsynen framkommer dock att alla enheter inte har infört det arbetssättet, de har kvar tidigare arbetssätt där alla arbetar med allt och alla. I samtal med personal framkommer också att den som har passet mellan 10-19 kan bli beordrad att gå till en annan enhet för att hjälpa till.

På natten arbetar en personal på våningsplan tre (enheterna 3a och 3b) och en personal på våningsplan fyra (enheterna 4a och 4b). Det bor 20 boende på varje plan. Bemanningen är densamma oavsett om de boendes behov förändras, t.ex. vid vård i livets slut, om någon är väldigt orolig eller liknande. Personal på plan tre ska få hjälp på natten av den personal som arbetar ensam på plan ett och två, där det bor 38 boende. Enligt nattpersonalen har den personal som ansvarar för dessa plan svårt att hinna med sitt eget arbete vilket gör det svårt att be om hjälp. Enhet fyra ska få hjälp av den s.k. nattpatrullen (som arbetar i hemtjänsten och servar flera verksamheter i stadsdelen.) Hjälp ges vid vissa förutbestämda klockslag, men ska även kunna komma vid behov. Det framkommer att det ofta är ny personal i patrullen vilket medför att de boendes oro ökar. Natttid finns tillgång till sjuksköterskejour.

Personalen uppger att oro hos de äldre är vanligt förekommande men att de klarar av att bemöta deras oro på ett respektfullt sätt när det är ordinarie personal och bemanningen är fulltalig. De uppger vidare att de låser om de boende på natten om de boende själva önskar. I samtal med närstående framkommer att äldre blivit tillfrågade om de önskar bli inlåsta på natten för att förhindra att utomstående kommer in.



I samtal med närstående framkommer att golvlarm inte alltid varit påkopplade, att äldre har ramlat och att det inte är tryggt på natten. Det har inträffat att det enbart varit vikarier på kvällen, som har varit duktiga, men inte kunnat tillgodose de äldres behov på grund av de varit helt okända för de äldre, vilket skapat stor oro.

Närstående uppger vidare att kontaktmannskapet fungerar väl och att de får information vid förändringar. Andra närstående uppger att kontaktpersonen inte känner den äldre bättre än någon annan, att kontaktpersonerna är bra personer men att de inte har någon helhetsbild av den äldre. I samtal med personalen framkommer att syftet med kontaktmannskap tolkas olika. Några av personalen anser att det blir mer rättvist när alla hjälper alla, alla får samma service och de boende blir inte bundna vid någon.

Enligt Länsstyrelsen är kontinuiteten en viktig faktor för personer med demenssjukdom. Storleken på enheterna med tio boende, medför många olika kontakter. Enligt Länsstyrelsen är det viktigt att organisation och bemanning möjliggör god personalkontinuitet och att arbetet med kontaktmannskap som metod utvecklas för att förbättra kontinuiteten.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) framgår att ledningssystemet för kvalitet ska säkerställa att det finns rutiner för att fortlöpande kontrollera att det finns den bemanning som behövs för att utföra socialtjänstens uppdrag. Det innebär att bemanningen ska utgå från de boendes behov, vilket gör att bemanningen inte kan vara statisk. Dessutom måste verksamheten ta reda på de boendes behov och dokumentera hur verksamheten ska tillgodose dessa i en genomförandeplan. Det gäller alla insatser under hela dygnet.

Bristerna i dokumentationen innebär att det inte är möjligt för Länsstyrelsen att bedöma om det finns det antal personal som behövs för att upprätthålla trygghet och säkerhet för de boende.

Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för hur fel och brister i verksamheten skall identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder skall följas upp. De erfarenheter som gjorts i samband med uppkomna fel och brister skall utgöra ett underlag för det systematiska kvalitetsarbetet. En fungerande rutin som är känd och används av all personal i verksamheten är ett sätt att förebygga ett allvarligt missförhållande.

Ledningssystemet för kvalitet ska också säkerställa att personalen görs delaktig i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten.

Meningsfullhet

Personalen uppger att de försöker arbeta så att aktiviteter sker i det vardagliga. De uppger att utevistelse knappt förekommer under vinterhalvåret och att de som inte



har förmågan att uttrycka önskemål om utevistelse och boende som sitter i rullstol inte kommer ut. Enligt närstående fungerar inte utevistelse.

Personalen sitter ner och äter tillsammans med de boende och måltiderna utgör en stund av social samvaro. Dagböcker har införts på enheterna för att kunna dokumentera de aktiviteter som genomförts, i dagboken finns också tips om aktiviteter och i receptionen finns filmer och CD-skivor att låna.

Enligt Länsstyrelsen kan inte gemensamma aktiviteter ersätta den äldres rätt till ett innehåll i sin dag utifrån sina egna individuella behov och förutsättningar. Av dokumentationen framgår inte att den enskildes uppfattning om vad som ger henne eller honom en meningsfull tillvaro har efterfrågats. Om den enskilde själv inte kan uttrycka några önskemål måste den enskilde eller dennes företrädare tillfrågas. Vad som framkommer ska dokumenteras och utgöra ett underlag för genomförandeplanen.

Övrigt

Sofia Janérs är chef för Vasens äldreboende. Två biträdande chefer har ett delat ansvar och Katarina Bergsten ansvarar sedan 1 januari 2008 för enheterna tre och fyra där målgruppen är personer med demenssjukdom. Hon är personalansvarig och ansvarar för att det är rätt bemannat och att personalen har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter. Hon ansvarar bl.a. för att följa upp rutiner, ha samtal med närstående och handlägga klagomål. Dessutom finns en bemanningsassistent som ansvarar för att det finns vikarier i verksamheten.

Metod

Tillsynen på Vasens äldreboende genomfördes med ett oanmält besök den 11 mars 2008. Socialkonsulenter Sofia Urby och Evabritt Cederblad följde och observerade personalen i arbetet och samtalade med anhöriga och personal.

Länsstyrelsen granskar hur de äldre bemöts, om deras integritet respekteras och om de känner sig trygga. Vidare granskas hur de äldre får information och om de har inflytande över sin vardag.

Länsstyrelsen granskar också om omsorgen utförs på ett rättssäkert sätt. Den sociala dokumentationen granskas med utgångspunkt från biståndsbeslutet. Vidare granskas om det finns individuell planering och löpande social dokumentation som de äldre och deras anhöriga kan ta del av.

Länsstyrelsen granskar även om det finns möjligheter att framföra synpunkter och klagomål samt om verksamheten har ett kvalitetssystem.

Enhetschefen har faktagranskat innehållet i rapporten och har bl.a. meddelat att det tecknats ett nytt avtal med en extern nattpatrull från den 1 april 2008.



LÄNSSTYRELSEN
I STOCKHOLMS LÄN

BESLUT

Datum
2008-05-29

Beteckning
7010-08-41070


Evabritt Cederblad
Socialkonsulent
Sofia Urby
Socialkonsulent

Kopia till: Enhetschef
Personalen enhet 3 och 4
Nattpersonalen enhet 3 och 4
Närstående som Länsstyrelsen talat med
Kommunala pensionärsrådet
Äldreberedningens kansli

