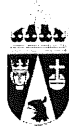




Socialstyrelsen

Dnr: 44-8393/2007



**LÄNSSTYRELSEN
I STOCKHOLMS LÄN**

Drn: 7010-07-82391

7010-08-6461

7010-08-6462



Stadsdelsnämnden Hägersten Liljeholmen
Box 490
129 04 Hägersten

Länsstyrelsens och Socialstyrelsens beslut i tillsynsärende rörande vård och omsorg, samt hälso- och sjukvårdsverksamheten vid Hägersten – Liljeholmens stadsdelsnämnd, Elingården Ljusglimtens gruppboende Kastanjens vård- och omsorgsboende.

Länsstyrelsen sociala enhet i Stockholm och Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet har beslutat att gemensamt granska vård och omsorg samt hälso- och sjukvårdsverksamheten vid nio särskilda boenden för personer med demenssjukdom fördelade på tre olika vårdgivare/huvudmän i Stockholms län.

De områden som granskades var vårdgivarens och verksamheternas mål för demensvården, samt planering av kompetensförsörjning och kompetensutveckling i verksamheterna.

Granskningen utförs med Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 2006:11 om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS och Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12 som grund och inriktas på verksamheternas kompetensförsörjning och kompetensutveckling.

Vid verksamhetstillsynen i Hägersten – Liljeholmens stadsdel genomfördes besök vid Elingården, Ljusglimtens gruppboende och Kastanjens vård och omsorgsboende med inriktning demens. Återföring av tillsynens resultat har gjorts till nämnden. Länsstyrelsen och Socialstyrelsen har inför besöken tagit del av nämndens och verksamheternas mål, samt uppgifter om bemanning och kompetens (utbildning i demensvård, erfarenheter av demensvård) nedtecknade av verksamhetscheferna. Myndigheterna har även begärt av verksamheterna kompetensutvecklingsplaner, samt resultat av egenkontroll och uppföljning av måluppfyllelse och kompetensutveckling.

Vid besöket intervjuades verksamhetschef, enhetschef, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal efter fastställd intervjuguide. Social dokumentation granskades och måltidssituationen observerades under lunchen. Omvårdnadsjournaler granskades efter särskild mall. Enkät sändes till närstående. Dokumenten, intervjuerna och observationerna ligger till grund för Länsstyrelsens och Socialstyrelsens bedömning och beslut.

Beslut

Länsstyrelsen riktar kritik mot Hägersten – Liljeholmen stadsdelsnämnd för brister i den sociala dokumentationen. Länsstyrelsen riktar även kritik mot nämnden för att det saknas uppföljningsbara mål enligt socialtjänstlagen i verksamheterna.

Länsstyrelsen begär senast den 5 maj 2008 ett yttrande från nämnden där det ska framgå åtgärder som planeras eller har vidtagits för att rätta till bristerna.

Länsstyrelsen förutsätter att Hägersten – Liljeholmen stadsdelsnämnd åtgärdar övriga brister som framgår av Länsstyrelsens bedömningar.

Socialstyrelsen förutsätter att Hägersten – Liljeholmen stadsdelsnämnd vidtar åtgärder enligt de påpekanden som framgår av Socialstyrelsens bedömningar.

Socialstyrelsen anmodar medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) att senast den 31 maj 2008 bekräfta att de brister som påtalats i Socialstyrelsens bedömning har åtgärdats. Bekräftelsen görs på bifogad blankett *Bekräftelse på vidtagna åtgärder*.

Därtill förutsätter Socialstyrelsen att verksamhetschefer och MAS åtgärdar övriga påpekanden som framgår av Socialstyrelsens beslut.

Detta beslut har fattats av enhetschefen Eva Hersler, Länsstyrelsen och enhetschefen Staffan Blom, Socialstyrelsen. Föredragande har varit äldreskyddsombudet Sofia Urby, Länsstyrelsen och byrådirektören Ylva Bergström Socialstyrelsen.

Bedömning***Elingården***

Besöket vid Elingården genomfördes den 16 oktober 2007 av äldreskyddsombudet Sofia Urby och byrådirektören Ylva Bergström. Vid besöket intervjuades verksamhetschefen Ann-Marie Lundquist, som även var chef för sjuksköterskorna, enhetschefen Maria Stenback, biträdande chef för sjukgymnaster och arbetsterapeuter Laila Larsen och samordnaren för sjuksköterskor. Därefter intervjuades en sjuksköterska, en sjukgymnast och en arbetsterapeut och fyra omvårdnadspersonal. Social dokumentation och tre omvårdnadsjournaler granskades. Måltidsituationen observerades under lunchen.

Mål för demensvården

I verksamhetsplanen för år 2007, beskrivs satsningar och åtaganden för Elingården. Kommunfullmäktiges och nämndens mål för äldreomsorgen har bilagts planen. Nämndens övergripande mål för äldreomsorgen har brutits ned i verksamheten. Rehabiliteringsenheten och enheten för sjuksköterskor har i egna dokument beskrivit sin verksamhet som även omfattar andra enheter än demensenheten. Samtliga styrdokument saknar mätbara mål för demensenhetens hälso- och sjukvård med inriktning mot demens, samt saknar uppföljningsbara mål utifrån socialtjänstlagen.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS ska det finnas uppföljningsbara mål och enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska det finnas mätbara mål för verksamhetens hälso- och sjukvård.

- Länsstyrelsen riktar kritik mot att nämnden inte uppfyller lagstiftningen och dess intentioner och anser att nämnden måste utveckla uppföljningsbara mål för verksamheten.
- Socialstyrelsen förutsätter att verksamhetschefen utvecklar mätbara mål för hälso- och sjukvården.

Kompetens med inriktning mot demens

Länsstyrelsen och Socialstyrelsen konstaterar att verksamheten saknar en kompetensutvecklingsplan i enlighet med regelverket. I verksamheten genomförs dock utbildning för omvårdnadspersonalen inom ramen för ”kravmärkt yrkesroll”, där bland annat utbildning om demensvård ingår. Vid rekrytering av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och omvårdnadspersonal, ingår inte kompetens om demenssjukdomar och vård av personer med demenssjukdom som en del i kravspecifikation eller policy.

Introduktionen av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och omvårdnadspersonal är inte anpassad för att möta de specifika behov personer med demenssjukdom har. Ingen kontinuerlig handledning av personalen förekommer. Sjuksköterska med demensutbildning utgör enhetens spetskompetens. I verksamheten saknas dock en tydlig struktur för hur denna kompetens ska användas.

I SOSFS 2006:11 anges att ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att fortlöpande kontrollera att personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutveckling inom verksamhetsområdet. Länsstyrelsen förutsätter att nedanstående punkter åtgärdas.

I SOSFS 2005:12 anges att rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna ska säkerställas att planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov ska finnas. Socialstyrelsen förutsätter därför att verksamhetschefen vidtar åtgärder enligt beskrivning nedan.

- upprätta planer för all personals kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.
- se över anställningsprocessen, avseende verksamhetens behov av kompetens om demenssjukdom och vård av demenssjuka personer vid rekrytering av ny personal, även vikarier och timvikarier.

- se över introduktionen av ny personal så att den motsvarar de specifika behov personer med demenssjukdom har och i relation till personalens utbildning och erfarenhet.
- se över och utvärdera behovet av handledning till personalen.

Det saknas en tydlig struktur för att bevaka, tillvarata och implementera nya metoder i enhetens arbete. Enheten saknar ett vårdprogram för demenssjuka personers särskilda behov. Vidare saknas i verksamheten handlingsplaner/metoder för särskilda behov och tillfällen t.ex. hur personalen ska agera och möta t ex aggressivitet och oro hos demenssjuka personer.

I samtal med omvårdnadspersonalen framkommer att personalen har ett genomtänkt förhållningssätt. Det går dock inte att säkerställa att alla har samma förhållningssätt, inga rutiner om förhållningssätt och arbetssätt finns nerskrivna. Omvårdnadspersonalen säger att de inte vet om alla gör på samma sätt i liknande situationer. Personalen säger att det i verksamheten ska utvecklas mer rutiner kring förhållningssätt för att förbättra bemötandet av de äldre med demens sjukdom.

Under måltiden observeras att det finns möjlighet för de äldre att välja mellan två maträtter till lunch, vilket är positivt utifrån självbestämmande. De äldre vid samma bord äter olika rätter. Maten delas till var och en från en vagn, ingen får servera sig själv trots att de fysiska förutsättningarna syns finnas. Personalen sitter inte med boende under måltiden. Det förs sparsamt med samtal. Måltiden kan utvecklas och göras mer stimulerande genom att de äldre görs mer delaktiga. Det framkommer mycket sparsamt i den sociala dokumentationen om hur de äldre vill ha det under måltiden.

Under måltiden uppstår en situation där en äldre blir tillsagd att koncentrera sig på sin mat och inte på de andra boende. Det är tveksamt om personalens bemötande är det mest respektfulla sätt att visa de äldre med demenssjukdom tillräta.

I SOSFS 2006:11 framgår att det systematiska kvalitetsarbetet ska omfatta analyser av hur tjänsterna svarar mot enskilda och grupperns behov samt mot lagstiftningens krav. Resultatet av analyserna samt forskning och erfarenheter från bland annat tillsynsverksamhet bör ligga till grund arbetet med att utveckla och kvalitetssäkra tjänsternas kvalitet.

- Länsstyrelsen förutsätter att nämnden utarbetar en struktur för att tillvara ta och implementera ny forskning och nya metoder i verksamhetens arbete.

I SOSFS 2005:12 anges bl.a. att ledningssystemet ska säkerställa rutiner för hur nya metoder för vård och behandling ska tas fram, provas ut och introduceras. Därför förutsätter Socialstyrelsen att verksamhetschefen

- utarbetar en struktur för att tillvarata och implementera nya metoder i enhetens arbete.
- ser över enhetens arbetssätt så att de demenssjukas behov medvetet och strukturerat utgör grund för enhetens metoder och arbetssätt, avseende alla professioner.

I samma föreskrift anges att ledningssystemet ska säkerställa rutiner för samverkan mellan bland annat olika yrkesgrupper. Socialstyrelsen förutsätter därför

- att verksamhetschefen, chefen för arbetsterapeuter och sjukgymnaster, samt MAS utvecklar rutiner för samarbetet kring planeringen av vården och samverkan i vårdprocesserna mellan yrkesgrupper vid demensenheten.

Social dokumentation

Vid Länsstyrelsens granskning av social dokumentation framgår att alla boende har en akt där det finns kopia på biståndsbeslut, en mall som kallas arbetsplan samt ett rapportblad.

Genomförandeplanen/arbetsplanen måste utvecklas så att alla insatser omfattas, att det beskrivs vad, när och hur insatserna ska genomföras. Det saknas genomgående beskrivna insatser över hela dygnet, natten finns inte alls beskriven i någon plan. Delaktigheten vid upprättandet av genomförandeplanen är inte dokumenterad. Journalen/rapportbladet beskriver sällan händelser av vikt.

Enligt socialtjänstlagen (SoL) 11 kap § 5 och 6 och enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS SOSFS (2006:5) är nämnden skyldig att föra social dokumentation. Enligt 3 kap 5 § SoL ska insatserna utformas och genomföras tillsammans med den enskilde.

Enligt SOSFS 2006:5 ska genomförandeplanen beskriva hur beslutet praktiskt ska genomföras. Av genomförandeplanen ska det framgå hur den enskilde önskar att insatsen ska genomföras och måste därför utformas tillsammans med den enskilde och/eller företrädare. Den ska innehålla uppgifter om när, av vem och på vilket sätt insatsen ska genomföras för att uppnå målet med insatsen. Planen ska beskriva hela dygnet om insatser är beviljade under hela dygnet. Planen ska följas upp med kontinuitet och vid behov.

- Länsstyrelsen riktar kritik mot att nämnden inte uppfyller lagstiftning och dess intentioner vad avser dokumentation enligt socialtjänstlagen.

Journalföring

De granskade omvårdnadsjournalerna saknar i flera avseenden möjligheten att på ett överskådligt sätt följa patientens hälso- och sjukvård, vilket bl.a.

medför risker för att insatser inte följs upp. Anteckningar förs delvis manuellt och delvis i dataprogrammet Vodok. Detta kan innebära att en anteckning skrivs i datajournalen och nästa i pappersjournalen. Därmed saknas möjlighet att få en sammanhängande och överskådlig bild av patientens identifierade problem eller risk, planerade och vidtagna åtgärder, planerad uppföljning och resultat.

Av patientjournalagen (1985:562) framgår att en patientjournal bland annat skall innehålla uppgifter om bakgrunden till vården, anledning till mera betydande åtgärder, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder. Socialstyrelsen bedömer att kraven i patientjournalagen (1985:562), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:20) om patientjournalagen, samt i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvården inte uppfyllts.

Omvårdnadspersonalen har inte tillgång till arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterskans journaler.

- Socialstyrelsen anmodar MAS att snarast göra en översyn av journalföringen, tillsammans med verksamhetschefen, med fokus på omvårdnadsjournalens överskådlighet och dataprogrammets användningsmöjligheter.

Enkät svar från närstående på Elingården

Av 32 skickade enkäter, svarade 20 anhöriga, varav 15 är kvinnor och 5 är män.

11 personer anser att personalen har tillräckliga kunskaper om demenssjukdomen för att tillgodose den äldres behov av vård- och omsorg. 7 personer har svarat nej, 2 svarade inte på frågan.

Att personalen har tillräckliga kunskaper om demenssjukdomen för att tillgodose den äldres behov av hälso- och sjukvård anser 11 personer medan 6 har svarat nej och 3 har varken svarat ja eller nej.

På frågan om anhöriga kan tänka sig att rekommendera någon annan att bo på Elingårdens demensboende svarar 17 ja och 2 nej, 1 har inte svarat.

Av de övriga synpunkter som kommit fram återkommer önskan att de äldre med demenssjukdom ska få möjlighet till mer stimulans och aktiviteter. Flera kommenterar att det är för lite personal. Några ger verksamheten positiva omdömen. Ett par personer uppger att deras anförvant blivit dåligt bemött.

Ljusglimstens gruppboende

Besöket vid Ljusglimstens gruppboende genomfördes 23 oktober, 2007 av äldreskyddsombudet Sofia Urby och byrådirektören Ylva Bergström. Vid besöket intervjuades verksamhetschefen Ann-Marie Lundquist, som även var chef för sjuksköterskorna, enhetschefen Marie Bergström, chef för sjukgymnaster och arbetsterapeuter Stefan Wahlbom och samordnaren för

sjuksköterskor. Dessutom intervjuades, en sjukgymnast och en arbetsterapeut och två omvårdnadspersonal. Den sociala dokumentationen och tre omvårdnadsjournaler har granskats. Måltidssituationen observerades under lunchen.

Mål för demensvården

I verksamhetsplanen för år 2007 finns gemensamma mål upprättade för Fruängsgårdens servicehus och administrativa enhet, samt Ljusglimtens gruppboende och korttidsboende. Kommunfullmäktiges och nämndens mål för äldreomsorgen har bilagts planen. Nämndens övergripande mål för äldreomsorgen har brutits ned i verksamheten. Rehabiliteringsenheten och enheten för sjuksköterskor har i egna dokument beskrivit sin verksamhet som även omfattar andra enheter än demensenheten. Samtliga styrdokument saknar mätbara mål för demensenhetens hälso- och sjukvård med inriktning mot demens, samt saknar uppföljningsbara mål utifrån socialtjänstlagen.

Enligt SOSFS 2006:11 ska det finnas uppföljningsbara mål. Enligt SOSFS 2005:12 ska det finnas mätbara mål för verksamhetens hälso- och sjukvård.

- Länsstyrelsen riktar kritik mot att nämnden inte uppfyller lagstiftningen och dess intentioner och anser att nämnden måste utveckla uppföljningsbara mål för verksamheten.
- Socialstyrelsen förutsätter därför att verksamhetschefen utvecklar mätbara mål för hälso- och sjukvården.

Kompetens med inriktning mot demens

Länsstyrelsen och Socialstyrelsen konstaterar att verksamheten saknar en kompetensutvecklingsplan i enlighet med regelverket. I verksamheten genomförs dock utbildning för omvårdnadspersonalen inom ramen för ”kravmärkt yrkesroll”, där bland annat utbildning om demensvård ingår. Vid rekrytering av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och omvårdnadspersonal, ingår inte kompetens om demenssjukdomar och vård av personer med demenssjukdom som en del i kravspecifikation eller policy

Introduktionen av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och omvårdnadspersonal, är inte anpassad för att möta de specifika behov personer med demenssjukdom har. Ingen kontinuerlig handledning av personalen förekommer. Sjuksköterska med demensutbildning på Elingården utgör även spetskompetens för Ljusglimtens gruppboende. I verksamheten saknas dock en tydlig struktur för hur denna kompetens ska användas.

I SOSFS 2006:11 anges att ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att fortlöpande kontrollera att personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutveckling inom verksamhetsområdet. Länsstyrelsen förutsätter att nedanstående punkter åtgärdas.

I SOSFS 2005:12 anges att rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna ska säkerställas och att planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov ska finnas. Socialstyrelsen förutsätter därför att verksamhetschefen vidtar åtgärder enligt beskrivning nedan.

- upprätta planer för all personals kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.
- se över anställningsprocessen, avseende verksamhetens behov av kompetens om demenssjukdom och vård av demenssjuka personer vid rekrytering av ny personal, även vikarier och timvikarier.
- se över introduktionen av ny personal så att den motsvarar de specifika behov personer med demenssjukdom har och i relation till personalens utbildning och erfarenhet.
- se över och utvärdera behovet av handledning till personalen.

Det saknas en tydlig struktur för att bevaka, tillvarata och implementera nya metoder i enhetens arbete. Enheten saknar ett vårdprogram för demenssjuka personers särskilda behov. Vidare saknas i verksamheten handlingsplaner/metoder för särskilda behov och tillfällen t.ex. hur personalen ska agera och möta t.ex. aggressivitet och oro hos demenssjuka personer.

Socialstyrelsen uppmärksammade vid tillsynsbesöket att ansvarige sjuksköterskas omvårdnadskompetens inte tas tillvara vid planering av patienternas vård, eftersom sjuksköterskan inte ingår som en del i teamet och inte deltar i återkommande möten med arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal. Riskbedömningar t.ex. gällande fall och trycksår utförs inte av eller i samverkan med sjuksköterska.

Socialstyrelsen bedömer att det föreligger behov av tydligare ansvarsfördelning mellan sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast, samt en översyn av hur sjuksköterskans kompetens ska tas tillvara i enhetens arbete och vården av patienterna.

I samtal med omvårdnadspersonalen framkommer att personalen har ett förhållningssätt där hänsyn tas till den äldres individuella behov och önskemål. Personalen försöker ha ett arbetssätt där den äldre får göra det den klarar själv. Det påtalas även att det inte alltid är möjligt med detta förhållningssätt, framförallt är det svårt när det inte är ordinarie personal i tjänst. Arbetssätt och förhållningssätt är dock inte nedskrivna vilket är en önskan hos personalen.

Under lunchen observeras att flera boende samlas i köket under förberedelserna av måltiden. Delar av lunchen tillagas på Ljusglinten. Det samtalas om mat och det doftar i köket. Det bidrar till att flera blir delaktiga i förberedelserna, praktiskt eller genom samtal. De äldre erbjuds olika dryck

till maten och dukningen är individuellt anpassad, någon har pipmugg och någon har glas på fot. Personalen serverar de boende från en vagn, ingen serverar sig själv. Det serveras en maträtt till alla. Då en av de boende önskar något annat kan detta inte tillmötesgå vilket begränsar självbestämmandet. Arbetet med måltiden går lugnt och systematiskt tillväga, personalen sitter med de boende och äter och bidrar till att måltiden blir en social höjdpunkt.

I SOSFS 2006:11 framgår att det systematiska kvalitetsarbetet ska omfatta analyser av hur tjänsterna svarar mot enskilda och grupperns behov samt mot lagstiftningens krav. Resultatet av analyserna samt forskning och erfarenheter från bland annat tillsynsverksamhet bör ligga till grund arbetet med att utveckla och kvalitetssäkra tjänsternas kvalitet.

- Länsstyrelsen förutsätter att nämnden utarbetar en struktur för att tillvara ta och implementera ny forskning och nya metoder i verksamhetens arbete.

I SOSFS 2005:12 anges bl.a. att ledningssystemet ska säkerställa rutiner för hur nya metoder för vård och behandling ska tas fram, provas ut och introduceras. Därför förutsätter Socialstyrelsen att verksamhetschefen

- utarbetar en struktur för att tillvarata och implementera nya metoder i enhetens arbete.
- ser över enhetens arbetssätt så att de demenssjukas behov medvetet och strukturerat utgör grund för enhetens metoder och arbetssätt, avseende alla professioner.

I samma föreskrift anges att ledningssystemet ska säkerställa rutiner för samverkan mellan bland annat olika yrkesgrupper. Socialstyrelsen förutsätter

- att verksamhetschefen, chefen för arbetsterapeuter och sjukgymnaster, samt MAS utvecklar rutiner för samarbetet kring planeringen av vården och samverkan i vårdprocesserna mellan yrkesgrupper vid Ljusglimtens gruppboende.

Social dokumentation

Omvårdnadspersonalen för dokumentation enligt socialtjänstlagen i ett datasystem som är gemensamt för Stockholms stad, ParaSol. Verksamheten har gjort utdrag från datasystemet och förvarar dessa i akter.

Där finns en mall att skriva genomförandeplan men Länsstyrelsen kan konstatera att ingen av de äldre har en genomförandeplan där det framgår alla de insatser de äldre ska få samt när och hur insatserna ska genomföras. Det framgår inte att den genomförandeplan som finns är utformad tillsammans med den äldre eller företrädare. De dagliga anteckningarna innehåller till viss del händelser av vikt men det går inte att följa vad som

händer. Journalen måste utvecklas till att innehålla händelser av vikt och avvikelser från genomförandeplanen.

Enligt SoL 11 kap § 5 och 6 och enligt SOSFS 2006:5 är nämnden skyldig att föra social dokumentation. Enligt 3 kap 5 § SoL ska insatserna utformas och genomföras tillsammans med den enskilde.

Enligt SOSFS 2006:5 ska genomförandeplanen beskriva hur beslutet praktiskt ska genomföras. Av genomförandeplanen ska det framgå hur den enskilde önskar att insatsen ska genomföras och måste därför utformas tillsammans med den enskilde och/eller företrädare. Den ska innehålla uppgifter om när, av vem och på vilket sätt insatsen ska genomföras för att uppnå målet med insatsen. Planen ska beskriva hela dygnet om insatser är beviljade under hela dygnet. Planen ska följas upp med kontinuitet och vid behov.

- Länsstyrelsen riktar kritik mot att nämnden inte uppfyller lagstiftning och dess intentioner vad avser dokumentation enligt socialtjänstlagen.

Journalföring

De granskade omvårdnadsjournalerna saknar i flera avseenden möjligheten att på ett överskådligt sätt följa patientens hälso- och sjukvård, vilket bl.a. medför risker för att insatser inte följs upp. Anteckningar förs delvis manuellt och delvis i dataprogrammet Vodok. Detta kan innebära att en anteckning skrivs i datajournalen och nästa i pappersjournalen. Därmed saknas möjlighet att få en sammanhängande och överskådlig bild av patientens identifierade problem eller risk, planerade och vidtagna åtgärder, planerad uppföljning och resultat.

Av patientjournalag (1985:562) framgår att en patientjournalag bland annat skall innehålla uppgifter om bakgrunden till vården, anledning till mera betydande åtgärder, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder. Socialstyrelsen bedömer att kraven i patientjournalagen, SOSFS 1993:20, samt i SOSFS 1993:17 inte uppfyllts.

Omvårdnadspersonalen hade inte tillgång till arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterskans journaler.

- Socialstyrelsen anmodar MAS att snarast göra en översyn av journalföringen, tillsammans med verksamhetschefen, med fokus på omvårdnadsjournalens överskådlighet och dataprogrammets användningsmöjligheter.

Enkät svar från närstående på Ljusglimten

Av 10 skickade enkäter, svarade 6 anhöriga, varav 4 är kvinnor och 2 är män.

5 personer anser att personalen har tillräckliga kunskaper om demenssjukdomen för att tillgodose den äldres behov av vård- och omsorg. 1 svarade inte på frågan.

Att personalen har tillräckliga kunskaper om demenssjukdomen för att tillgodose den äldres behov av hälso- och sjukvård anser 5 personer och 1 har inte svarat.

På frågan om anhöriga kan tänka sig att rekommendera någon annan att bo på Ljusglimten demensboende svarar 5 ja och 1 har inte svarat.

Av de övriga synpunkter som kommit fram sägs att personalen är trevlig och att de anhörige inte kan önska sig bättre. Den ordinarie personalen lovordas men det finns synpunkter på kompetensen hos extrapersonal. Det framkommer även synpunkter om att den boende inte får hjälp med det den behöver och som är överenskommet.

Kastanjens vård- och omsorgsboende

Besöket vid Kastanjens vård och omsorgsboenden inriktning demens genomfördes den 29 oktober 2007 av äldreskyddsombudet Sofia Urby och byrådirektören Ylva Bergström. Vid besöket intervjuades enhetschefen/biträdande verksamhetschefen Jessica Svanholm, chefen för sjukgymnaster och arbetsterapeuter Stefan Wahlbom. Därefter intervjuades en sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut, och tre omvårdnadspersonal. Den sociala dokumentationen och två omvårdnadsjournaler granskades. Måltidssituationen observerades under lunchen. Socialstyrelsen har via telefon kommunicerat tillsynsbesöket med verksamhetschefen, Lena Slotte.

Mål för demensvården

I verksamhetsplanen för år 2007 finns gemensamma mål upprättade för Kastanjens äldreboende, servicehus, sjukhem och demensenhet. Kommunfullmäktiges och nämndens mål för äldreomsorgen har bilagts planen. Målen har brutits ned i verksamheten med utgångspunkt från nämndens övergripande mål för äldreomsorgen. Rehabiliteringsenheten och enheten för sjuksköterskor har i egna dokument beskrivit sin verksamhet som även omfattar andra enheter än demensenheten. Samtliga styrdokument saknar mätbara mål för demensenhetens hälso- och sjukvård med inriktning mot demens, samt saknar uppföljningsbara mål utifrån socialtjänstlagen.

Enligt SOSFS 2006:11 ska det finnas uppföljningsbara mål. SOSFS 2005:12 ska det finnas mätbara mål för verksamhetens hälso- och sjukvård.

- Länsstyrelsen riktar kritik mot att nämnden inte uppfyller lagstiftningen och dess intentioner och anser att nämnden måste utveckla uppföljningsbara mål för verksamheten.
- Socialstyrelsen förutsätter att verksamhetscheferna utvecklar mätbara mål för hälso- och sjukvården.

Kompetens med inriktning mot demens

Länsstyrelsen och Socialstyrelsen konstaterar att verksamheten saknar en kompetensutvecklingsplan i enlighet med regelverket. I verksamheten genomförs dock utbildning för omvårdnadspersonalen inom ramen för ”kravmärkt yrkesroll”, den innehåller bland annat utbildning om demensvård. Vid rekrytering av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och omvårdnadspersonal, ingår inte kompetens om demenssjukdomar och vård av personer med demenssjukdom som en del i kravspecifikation eller policy.

Introduktionen av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och omvårdnadspersonal, är inte anpassad för att möta de specifika behov personer med demenssjukdom har. Ingen kontinuerlig handledning av personalen förekommer. Sjuksköterskor med demensutbildning utgör enhetens spetskompetens. I verksamheten saknas dock en tydlig struktur för användning av den kompetensen.

I SOSFS 2006:11 anges att ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att fortlöpande kontrollera att personalen ges förutsättningar för kontinuerlig kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutveckling inom verksamhetsområdet. Länsstyrelsen förutsätter att nedanstående punkter åtgärdas.

I SOSFS 2005:12 anges att rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna ska säkerställas och att planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov ska finnas. Socialstyrelsen förutsätter därför att verksamhetschefen vidtar åtgärder enligt beskrivning nedan.

- upprätta planer för all personals kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.
- se över anställningsprocessen, avseende verksamhetens behov av kompetens om demenssjukdom och vård av demenssjuka personer vid rekrytering av ny personal, även vikarier och timvikarier.
- se över introduktionen av ny personal så att den motsvarar de specifika behov personer med demenssjukdom har och i relation till personalens utbildning och erfarenhet.
- se över och utvärdera behovet av handledning till personalen.

Det saknas en tydlig struktur för att bevaka, tillvarata och implementera nya metoder i enhetens arbete. Enheten saknar ett vårdprogram för demenssjuka personers särskilda behov. Vidare saknas i verksamheten handlingsplaner/metoder för särskilda behov och tillfällen t.ex. hur personalen ska agera och möta t ex aggressivitet och oro hos demenssjuka personer.

I samtal med personalen framkommer att omvårdnadspersonalen löser uppkomna situationer individuellt. Det finns inget uttalat gemensamt arbetssätt som berör hur man ska förhålla sig och bemöta äldre med demenssjukdom. Det arbetssätt som de beskriver att de kan ha under morgonarbetet visar på ett respektfullt och genomtänkt arbetssätt. De äldre får göra det de klarar själva utan att personalen upplever att det blir stressigt. Under kvällen, då de är färre personal, har de inte möjlighet att ha samma arbetssätt. Personalen uttrycker att det är otryggt på kvällen då de inte hinner uppmärksamma de äldres behov av hjälp.

Måltiden som observeras genomförs lugnt och systematiskt. De äldre kan välja mellan två rätter och alla erbjuds den dryck de önskar vilket visar på respekt för självbestämmande. På Gullvivan är det trångt i matrummet och det är svårt att erbjuda alla bra placeringar då många är rullstolsburna. På Prästkragen och Vallmon är det bra med utrymme. Personalen sitter ner med de boende och äter på alla tre enheter. Personalen samtalar med de boende och på sått blir måltiden en trevlig och stimulerande stund.

I SOSFS 2006:11 framgår att det systematiska kvalitetsarbetet ska omfatta analyser av hur tjänsterna svarar mot enskilda och gruppers behov samt mot lagstiftningens krav. Resultatet av analyserna samt forskning och erfarenheter från bland annat tillsynsverksamhet bör ligga till grund arbetet med att utveckla och kvalitetssäkra tjänsternas kvalitet.

- Länsstyrelsen förutsätter att nämnden utarbetar en struktur för att tillvara ta och implementera ny forskning och nya metoder i verksamhetens arbete.

I SOSFS 2005:12 anges bl.a. att ledningssystemet ska säkerställa rutiner för hur nya metoder för vård och behandling ska tas fram, provas ut och introduceras. Därför förutsätter Socialstyrelsen att verksamhetschefen

- utarbetar en struktur för att tillvarata och implementera nya metoder i enhetens arbete.
- ser över enhetens arbetssätt så att de demenssjukas behov medvetet och strukturerat utgör grund för enhetens metoder och arbetssätt, avseende alla professioner.

I samma föreskrift anges att ledningssystemet ska säkerställa rutiner för samverkan mellan bland annat olika yrkesgrupper. Socialstyrelsen förutsätter därför

- att verksamhetschefen, chefen för arbetsterapeuter och sjukgymnaster, samt MAS utvecklar rutiner för samarbetet kring planeringen av vården och samverkan i vårdprocesserna mellan yrkesgrupper vid demensenheten.

Social dokumentation

Dokumentationen för alla äldre förvaras i en akt på varje enhet i ett låst skåp. Det saknas bistånds beslut för en del och av de biståndsbeslut som

finns framgår inte vilka insatser den boende har rätt till. Det finns en arbetsplan men innehållet i den är inte att jämföra med vad som krävs av en genomförandeplan. Länsstyrelsen kan konstatera att ingen av de äldre har en genomförandeplan där det framgår alla de insatser de äldre ska få samt när och hur insatserna ska genomföras. Det finns journalblad men dessa innehåller inte avvikelser från genomförandeplan eller händelser av vikt.

Enligt SoL 11 kap § 5 och 6 och SOSFS 2006:5 är nämnden skyldig att föra social dokumentation. Enligt 3 kap 5 § SoL ska insatserna utformas och genomföras tillsammans med den enskilde.

Enligt SOSFS 2006:5 ska genomförandeplanen beskriva hur beslutet praktiskt ska genomföras. Av genomförandeplanen ska det framgå hur den enskilde önskar att insatsen ska genomföras och måste därför utformas tillsammans med den enskilde och/eller företrädare. Den ska innehålla uppgifter om när, av vem och på vilket sätt insatsen ska genomföras för att uppnå målet med insatsen. Planen ska beskriva hela dygnet om insatser är beviljade under hela dygnet. Planen ska följas upp med kontinuitet och vid behov.

- Länsstyrelsen riktar kritik mot att nämnden inte uppfyller lagstiftning och dess intentioner vad avser dokumentation enligt socialtjänstlagen.

Journalföring

De granskade omvårdnadsjournalerna saknade i flera avseenden möjligheten att på ett överskådligt sätt följa patientens hälso- och sjukvård, vilket bl.a. medför risker för att insatser inte följs upp. Anteckningar fördes delvis manuellt och delvis i dataprogrammet Vodok. Detta kunde innebära att en anteckning skrevs i datajournalen och nästa i pappersjournalen. Möjlighet att få en sammanhängande och överskådlig bild av patientens identifierade problem eller risk, planerade och vidtagna åtgärder, planerad uppföljning och resultat saknades.

Av patientjournallag (1985:562) framgår att en patientjournal bland annat skall innehålla uppgifter om bakgrunden till vården, anledning till mera betydande åtgärder, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder. Därmed bedömer Socialstyrelsen att kraven i patientjournalagen, SOSFS 1993:20, samt i SOSFS 1993:17 inte uppfyllts.

Omvårdnadspersonalen hade inte tillgång till arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterskans journaler.

- Socialstyrelsen anmodar MAS att snarast göra en översyn av journalföringen, tillsammans med verksamhetschefen, med fokus på omvårdnadsjournalens överskådlighet och dataprogrammets användningsmöjligheter.

Enkät svar från närstående på Kastanjens vård- och omsorgsboende

Av 28 skickade enkäter, svarade 21 anhöriga, varav 10 är kvinnor och 11 är män.

6 personer anser att personalen har tillräckliga kunskaper om demenssjukdomen för att tillgodose den äldres behov av vård- och omsorg. 5 personer har svarat nej, 17 svarade inte ja eller nej på frågan. Flera kommenterade med exempel som kan visa på att det saknas kompetens om demensvård.

Att personalen har tillräckliga kunskaper om demenssjukdomen för att tillgodose den äldres behov av hälso- och sjukvård anser 9 personer medan 6 har svarat nej och 13 har varken svarat ja eller nej. Flera har lämnat kommentarer där det framkommer att det ”glappar” i kontakten mellan sjuksköterska och läkare

På frågan om anhöriga kan tänka sig att rekommendera någon annan att bo på Kastanjens demensboende svarar 12 ja och 6 nej, 10 har inte svarat.

Av de övriga synpunkter som kommit fram återkommer flera med beröm till personal och ger verksamheten positiva omdömen. Många återkommer med önskemål om de äldre med demenssjukdom ska få möjlighet till mer stimulans och aktiviteter. Några kommenterar att det är för lite personal.

Hägersten – Liljeholmens stadsdelsnämnd

Efter genomförda tillsynsbesök fördes en dialog med Hägersten – Liljeholmens stadsdelsnämnd om resultatet den 7 december 2007. Vid mötet deltog ordföranden Abit Dundar, förvaltningschefen Maria Mannerholm, avdelningschefen Annmarie Sandberg, samt de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna Agneta Blomqvist och Eeva Eriksson. Från Länsstyrelsen deltog äldreskyddsombudet Sofia Urby och från Socialstyrelsen byrådirektören Ylva Bergström.

Länsstyrelsen riktar kritik mot att nämnden inte uppfyller lagstiftning och dess intentioner vad avser dokumentation enligt socialtjänstlagen samt att nämnden inte uppfyller lagstiftningen och dess intentioner och anser att nämnden måste utveckla uppföljningsbara mål för verksamheten. Länsstyrelsen begär ett yttrande från nämnden med en åtgärdsplan för hur bristerna ska rättas till.

Länsstyrelsen förutsätter att nämnden åtgärdar de övriga brister som framkommer i bedömningen.

Socialstyrelsen påpekade att i nämndens mål för äldreomsorgen, som bilagts verksamheternas verksamhetsplaner för år 2007, saknas mätbara mål för hälso- och sjukvård i särskilda boenden med inriktning demens. Därtill saknas en övergripande kompetensutvecklingsplan. Socialstyrelsen påpekade vidare vikten av samverkan mellan de olika aktörer som är involverade i patientens vård, samt poängterade tillvaratagandet av de olika yrkesgruppernas kompetens i planeringen av demensvården. Mot denna

bakgrund bedömer Socialstyrelsen att kraven i 2 kap. 4 §, samt 3 kap. 1 §, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården är inte uppfyllda.

- Socialstyrelsen förutsätter att nämnden fastställer mätbara mål för hälso- och sjukvården vid demensverksamheterna.
- Socialstyrelsen förutsätter att nämnden fastställer en övergripande kompetensutvecklingsplan.

Socialstyrelsen delgav nämnden problematiken och riskerna med svårigheten att få en överblick av dokumentationen i omvårdnadsjournalerna.

- Socialstyrelsen förutsätter att nämnden vidtar åtgärder för att säkerställa att omvårdnadsdokumentationen uppfyller regelverkets krav.

Läkarinsatser

Byrådirektörerna Lena Renman och Ylva Bergström, Socialstyrelsen, Sammanträffade med Lars Tocklin, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i Stockholms läns landsting, den 14 januari 2008.

Vid mötet framkom att från och med den 1 maj 2008 ska en ny modell för avtal om läkarinsatser, vid bland annat särskilda boenden för äldre, användas. I regelboken som leverantörerna av läkarinsatser förbinder sig att följa ställs bland annat krav på specialistkompetens inom allmänmedicin eller geriatrik. Om utföraren av läkarinsatser enbart har allmänmedicinsk kompetens ska det finnas tillgång till geriatrisk kompetens i organisationen.

Vidare anges i de allmänna villkoren i regelboken att utföraren av läkarinsatser ska inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i enlighet med SOSFS 2005:12.

Av samma föreskrift, framgår att ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna, rutiner som anger personalens ansvar och befogenheter, och planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.

Jämställdhetsintegrering ur ett brukarperspektiv

Jämställdhetsintegrering är den strategi som valts för att uppnå den jämställdhetspolitik som regering och riksdag ställt sig bakom. Jämställdhetsintegrering innebär att verksamheten bedrivs så att de tjänster och den service som erbjuds medborgarna svarar lika väl mot kvinnors som mot mäns utgångspunkter och behov. (SOU 2007:15).

Nämnden har inte antagit några mål eller riktlinjer om jämställdhetsintegrering ur ett brukarperspektiv. Varken på ledningsnivå eller till

personal har det erbjudits föreläsning i ämnet. Nämnden har inte några riktlinjer för hur man ska hantera situationer med våldsutsatta äldre kvinnor.

Personalen på boendena anser inte att den äldres kön påverkar hur behov tillgodoses och personalen menar att de ställer samma krav på kvinnor och män vid behovsbedömning och planering. Personalen säger att det är de individuella behoven som styr deras bedömning.

Bakgrund

Länsstyrelsen tillsyn syftar till att brister och missförhållanden inom äldreomsorgen ska rättas till, samt att kommuner och enskilda verksamheter ges stöd i att utveckla en vård och omsorg av god kvalitet. Enligt 13 kap 2 § socialtjänstlagen genomför Länsstyrelsen en verksamhetstillsyn av socialtjänsten inom äldreomsorgen.

I Socialstyrelsens tillsynsuppdrag ingår att stödja och granska hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna, kommunala såväl som privata. Av 6 kap. 3 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) framgår att Socialstyrelsens tillsyn främst ska syfta till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Verksamhetstillsyn utförs med stöd av 6 kap. 9 och 10 §§ LYHS 1998:531.

Syfte

Länsstyrelsens syfte är att

- Genom verksamhetstillsyn granska att kvaliteten i verksamheterna systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.
- Ge stöd att utveckla en omsorg och vård av god kvalitet och att de äldre med demenssjukdom kan leva under trygga förhållanden.
- Granska att det finns den kompetens som krävs för att utföra uppgifter som svarar mot verksamhetens behov av demenssjuka.
- Granska och stödja att det finns fortlöpande kompetens- och kunskapsutveckling inom verksamhetsområdet demens.

Socialstyrelsens syfte är

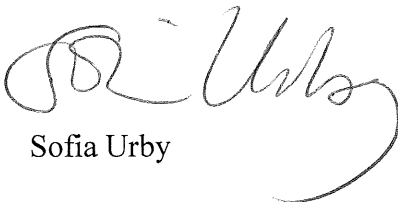
- att genom verksamhetstillsyn granska och stödja verksamheten i deras kvalitets- och patientsäkerhetsarbete med fokus på kompetensutveckling.
- att uppmärksamma behov av såväl förebyggande som understödjande hälso- och sjukvård för personer med demenssjukdom.
- att uppmärksamma vikten av kompetens avseende hälso- och sjukvård vid vård av personer med demenssjukdom.
- att främja en god och säker vård av denna grupp äldre.

Urval

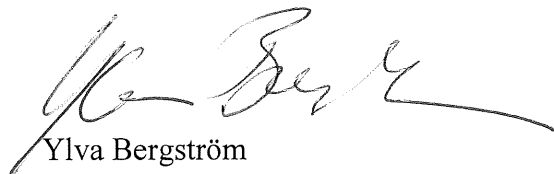
Urvalet har gjorts utifrån uppgifter från Länsstyrelsens enkät till äldreboenden från 2006. I tillsynsaktiviteten ingår verksamheter i såväl kommunal som enskild regi.

Nio särskilda boenden för personer med demenssjukdom fördelade på tre olika vårdgivare/ huvudmän i Stockholms län, varav en stadsdel, en kommun och en enskild vårdgivare har utsetts.

Enligt ovan fattade beslut



Sofia Urby



Ylva Bergström

Kopia till:

Enhetschefer för Elingården, Ljusglimten och Kastanjen
Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Hägersten Liljeholmens stadsdel
Verksamhetschefen för Elingården, Ljusglimten och Kastanjen
Chefen för rehabilitering
KPR