



LÄNSSTYRELSEN
I STOCKHOLMS LÄN

Enheten för funktionshinder och
äldre frågor
Evabritt Cederblad
08-785 44 20

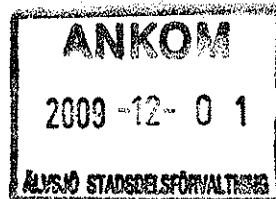
BESLUT

Datum
2009-11-27

ÄLVSJÖ STADSDELSFÖRVALTNING 1 (1)
Diariernr 602-274-09

Beteckning
7010-09-59667
59677

Älvsjö stadsdelsnämnd
Box 48
125 21 Älvsjö



**Tillsyn enligt 13 kap 2 § socialtjänstlagen av Älvsjö
servicehus**

Beslut

Länsstyrelsen redovisar bakgrund, syfte och metod i bilagt tillsynsresultat.
Bedömningen redovisas under rapportens olika rubriker.

Huvudmannen uppfyller inte lagstiftningen och dess intentioner i alla delar som
tillsynen avser. Länsstyrelsen riktar kritik mot stadsdelsnämnden för brister i
ledningssystemet för kvalitet när det gäller rutiner för handläggning och
dokumentation och rutiner som tydliggör samverkan och samarbete mellan
beställare och utförare.

Länsstyrelsen har också funnit brister i ledningssystemet för kvalitet när det gäller
rutiner för fel och brister i verksamheten. På grund av ett pågående
förbättringsarbete väljer Länsstyrelsen att inte rikta kritik.

*Den 20 maj 2009 beslutade riksdagen att tillsynen av socialtjänsten ska föras
över från länsstyrelserna och samordnas i Socialstyrelsen från och med den 1
januari 2010. Beslutet innebär att tillsynen över socialtjänsten och
länsstyrelsernas tillståndsgivning till enskilda verksamheter enligt
socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
(LSS) förs över till Socialstyrelsen.*

*Stadsdelsnämnden ska därför redovisa till Socialstyrelsen, Tillsynsavdelningen,
Tillsynsregion öst, 106 30 Stockholm, senast den 26 januari 2010 vilka åtgärder
som har vidtagits för att komma till rätta med de påtalade bristerna som
Länsstyrelsen riktat kritik mot.*

16/2

Länsstyrelsen avslutar tillsynen

Evabritt Cederblad
Socialkonsulent

Cecilia Schönwald
Socialkonsulent

Kopia till Enhetschef för Älvsjö servicehus
Kommunala pensionärsrådet

Postadress

Länsstyrelsen i Stockholms län
Enheten för funktionshinder och äldre frågor
Box 22067
104 22 STOCKHOLM

Besöksadress

Hantverkargatan 29

Telefon

08-785 40 00 (vxl)
Fax
08-652 70 39

E-post/webbplats

social.stockholm@lansstyrelsen.se
www.lansstyrelsen.se/stockholm



LÄNSSTYRELSEN I STOCKHOLMS LÄN

Enheten för funktionshinder och
äldrefrågor
Evabritt Cederblad
08-785 44 20

Tillsynsresultat

Datum
2009-11-27

Beteckning
7010-09-59677

Älvsjö stadsdelsnämnd
Box 48
125 21 Älvsjö

Tillsynens resultat

Bakgrund

Länsstyrelsen granskar under hösten tio servicehus i länet. Syftet med tillsynen är att granska om de äldre med stora och omfattande behov har inflytande över omsorgens innehåll. Målgruppen är äldre personer som har stora och omfattande behov av insatser.

Orsak till tillsynen är inkomna klagomål till Länsstyrelsen om att äldre personer på servicehus som har stora och omfattande behov av insatser inte får sina behov tillgodosedda. Urvalet av servicehus är gjort för att få geografisk spridning.

Metod

Tillsynen av Älvsjö servicehus genomfördes den 12, 14 och 16 oktober 2009 av socialkonsulenterna Cecilia Schönwald och Evabritt Cederblad. Brev med information om tillsynen skickades till nämnden, enhetschef för servicehuset och beställarchef innan tillsynen. Länsstyrelsen har samtalat med de äldre på servicehuset, intervjuat tre omsorgspersonal, enhetschef tillsammans med biträdande enhetschef och två biståndshandläggare.

Enkäter om insatsernas innehåll har lämnats till de tolv boende som har störst omsorgsbehov och till deras kontaktpersoner. Åtta enkätsvar från de boende har inkommit och åtta av kontaktmännen har besvarat enkäten. Åtta personakter i ett urval av tolv har granskats. Länsstyrelsen har också tagit del av de tio senast inkomna klagomålen, rutinerna för klagomål, fel och brister samt rutinerna för Lex Sarah.

Länsstyrelsen tillämnar de nationella bedömningskriterier som utgår från gällande lagstiftning och normering. Bedömningskriterierna är ett verktyg för tillsyn av kvalitet och rättssäkerhet inom äldreomsorgen. Kriterierna är indelade under ansvarsområden och innefattar övergripande både verksamhets- och individnivå. Vid tillsynen har följande ansvarsområden använts:

- Omsorgens innehåll
- Intern och extern samverkan
- Handläggning och dokumentation
- Personalens kompetens
- Planering och styrning

Postadress
Länsstyrelsen i Stockholms län
Enheten för funktionshinder och äldrefrågor
Box 22067
104 22 STOCKHOLM

Besöksadress
Hantverkargatan 29

Telefon
08-785 40 00 (vxl)
Fax
08-652 70 39

E-post/webbplats
social.stockholm@lansstyrelsen.se
www.lansstyrelsen.se/stockholm



Tillsynsresultat

Datum
2009-11-27

Beteckning
7010-09-59677

Kort om Älvsjö servicehus

Älvsjö servicehus bedrivs av Älvsjö stadsdelsnämnd. Servicehuset är beläget på de fyra översta våningsplanen i tre olika huskroppar. Det finns 31 lägenheter i varje hus. På de nedre planen i samma byggnad finns även korttidsboende, dagverksamhet och särskilt boende, bland annat för personer med demenssjukdom. På entréplanet finns reception, expeditioner, bibliotek och restaurang. I foajén finns utrymme för gemenskap.

Redovisning och bedömning av tillsynen

Omsorgens innehåll

Bedömningskriterier:**Den enskilde har inflytande över omsorgens innehåll**

Motivering med källhänvisning: 3 kap 3 och 5 §§ SoL

Den enskildes integritet respekteras

Motivering och källhänvisning: 1 kap 1 § och 3 kap 3 och 5 §§ SoL

Den enskildes behov av meningsfull och aktiv tillvaro beaktas

Motivering med källhänvisning: 3 kap 3 och 5 §§, 5 kap 4 § SoL

Den enskildes behov av trygghet beaktas

Motivering med källhänvisning: 3 kap 3 och 5 §§, 5 kap 4 § SoL

Den enskilde har inflytande över sin måltidssituation

Motivering med källhänvisning: 1 kap 1 §, 3 kap 3 och 5 §§

Inflytande

Enligt enhetschefen har de äldre i största möjliga mån inflytande över sin dygnsrytm. Utlovade tider för omsorgen kan till största delen hållas men det inte är optimalt, det kan skilja mellan de olika husgrupperna. Personalen måste dock i första hand prioritera att alla får sina mediciner.

Personalen uppger att de äldre är delaktiga och kan påverka sin hjälp, de äldre har önsketider men då det är svårt att ge alla hjälp samtidigt förhandlar de med den äldre om tiden, det kan handla om att ändra tiden cirka en halvtimme. "Vi måste alltid prioritera läkemedlen" Personalen uppger att de ska dokumentera om de inte hinner genomföra en insats men att det inte alltid blir gjort. I enkätsvaren uppger några av personalen att de äldre önskar hjälp med något som hon/han inte får hjälp med, t.ex. att kamma håret och byta glödlampor.

Personalen uppger att de tar reda på den äldres intressen, vanor och vardagsrutiner vid ankomstsamtalet. Även ansvarig för Älvsjöträffen träffar de nyinflyttade. Älvsjöträffen är en verksamhet som erbjuder olika typer av aktiviteter och är öppen för alla som bor på servicehuset tre eftermiddagar per vecka. Två



förmiddagar är den öppen för äldre med ett extra behov, den bedömningen gör hälso- och sjukvårdspersonal tillsammans med kontaktmannen.

Synpunkter som framkom i samtal med de äldre och av enkätsvaren

Svaren som de äldre ger på frågan om de kan påverka vilken tid som omsorgen ges varierar beroende på vilket hus de bor i. I något hus kan de påverka sin tid medan det är sämre i andra. "Dom kommer när dom vill"

I stort sett alla uppger att de varit delaktiga i planeringen av vilken hjälp de ska få. Det är färre som varit delaktig i någon uppföljning av den planerade hjälpen. Några av de äldre önskar hjälp med något som de inte får hjälp med till exempel hjälp med att sminka sig och hjälp med att sköta blommor.

Integritet och trygghet

Enhetschefen uppger att hon som arbetsledare leder personalen i arbetet med att upprätthålla integritet och trygghet. Enligt personalen är det självklart att de äldre bestämmer över sin livsstil. Personalen uppger att de äldre kan påverka vem som utför den personliga omsorgen om det inte ligger rasism bakom. Det finns många olika språk representerade i personalgruppen och önskemål om att få omsorgen utförd av personal med språk- och kulturkompetens "brukar lösa sig". De äldre kan byta sin kontaktman.

Personalen uppger att de äldre på servicehuset inte informeras om vem som kommer för att utföra stöd och omsorg men de försöker komma den tiden som de kommit överens om.

Alla har inte bärbara trygghetslarm utan det finns flera som enbart har ett passivt larm som finns i alla lägenheter. Enligt personalen bedömer biståndsbedömaren behovet av larm och bedömer behovet av tillsyn om den äldre inte själv kan hantera ett bärbart larm och i stället har rörelselarm, mattlarm eller dörrlarm. Alla lägenheter har brandlarm som är kopplade till trygghetslarmet

Enligt personalen besvaras larm direkt. Om det inträffar att larmet inte besvaras kopplas det vidare till annan personal i samma hus. Enligt ledningen måste alla trygghetslarm besvaras oavsett vad personalen har för syssla för tillfället. Hur lång tid den äldre får vänta på att larmet ska åtgärdas är lite oklart men det beror enligt personalen på vad det handlar om, det är inte en timme.

För att kontinuiteten i omsorgen ska öka har arbetet dagtid organiserats så att det är en omsorgspersonal som ansvarar för ett våningsplan (4-9lägenheter) och även besvarar larmen för dessa. Två intilliggande våningsplan samarbetar, exempelvis när det behövs dubbelbemanning. Omsorgspersonalen är schemalagd på det våningsplan där de är kontaktman för de äldre.



Tillsynsresultat

Datum
2009-11-27

Beteckning
7010-09-59677

Synpunkter som framkom i samtal med de äldre och av enkätsvaren

De flesta uppger att larmen besvaras inom rimlig tid men det framkommer att äldre har fått vänta länge på att larmen besvaras, de uppger också att det skett en förbättring. Äldre som varit i restaurangen och ätit har fått vänta 45 minuter på att bli hämtade efter larm och någon har fått vänta mer än en timma. De uppger också att personalen är respektfulla men det framkommer att personalen pratar om sin egen arbetssituation med de äldre.

Flera av de äldre men inte alla, uppger att de har möjlighet att påverka vem av personalen som ska ge hjälp med personlig hygien. Alla svarar att de känner sig trygga och kan rekommendera andra att bo på servicehuset. De flesta känner till vem som är deras kontaktman.

Måltider, meningsfull och aktiv tillvaro

Servicehusets restaurang är öppen för alla mellan klockan 11-14. De äldre som behöver hjälp med att inta sin måltid får hjälp av omsorgspersonalen om det är beviljat som bistånd. I restaurangen kan de äldre även köpa matlådor. Restaurangen serverar ingen middag eller kvällsmål. De som är beviljade hjälp med matlagning får enligt personalen enbart hjälp med en lättare måltid på kvällen.

Kontaktmannen tar den första kontakten med den som är nyinflyttad och tar då enligt chefen reda på vad den enskilde anser vara en meningsfull tillvaro.

Ansvarig för Älvsjöträffen kontaktar också den som är nyinflyttad för att presentera och bjuda in till verksamheten. I samtal med personalen framkommer att alla inte får möjlighet att komma ner till Älvsjöträffen. Personalen har flera synpunkter på hur utbudet på aktiviteter och gemenskap kan utökas genom att utnyttja lokaler som är stängda efter 14.00. Det är bl.a. dagverksamhetens och restaurangens lokaler. Någon av personalen uppger att det behövs mer tid för samtal och aktivera den sociala förmågan, särskilt vid måltiderna.

Enhetschefen uppger att personalen ordnar fika till alla i foajén varje fredag och söndag.

Synpunkter som framkom i samtal med de äldre och av enkätsvaren

De äldre har olika åsikter om matens kvalitet. På kvällen finns ingen möjlighet att äta middag i restaurangen utan var och en ordnar sin egen mat på olika sätt. De äldre uppger att de har möjlighet att utöva sina intressen men de tror inte att de kan påverka utbudet av aktiviteter.

Enligt de äldre ska det finnas tillgång till fika varje dag på entréplanet som är den naturliga träffpunkten men det är lite si och så med det. De har blivit lovade av nämnden att det även ska finnas fika på lördagar och söndagar. Då verksamheten inte har personalresurser till det, serveras fika enbart på söndagar. Kvällar och helger "är det helt dött".



De äldre uppger vidare att de har tillgång till en gymnastiksal där de själva kan göra lite övningar men att både sjukgymnasten och arbetsterapeuten har fått sluta. "Det finns inga pengar till något". De uppger vidare att Älvsjöträffen ligger nere när ansvarig är sjuk, det finns ingen vikarie.

Ett nyhetsbrev delas ut i brevlådorna fyra gånger per år. På olika anslagstavlor finns information om både stort och smått. De äldre har olika uppfattning om hur information ges på servicehuset och det är otydligt hur information når fram till de äldre som sällan lämnar sina lägenheter. "Vi pratar med varandra och för vidare informationen" uppger någon.

Vad gäller aktiviteter har förtroenderådet fått 15.000 kronor av stadsdelsnämnden för att ordna underhållning. Enligt de äldre räcker inte det till så mycket när en spelning kostar cirka 5.000. Förtroenderådet har möten fyra gånger per år och i samråd med chefen ska ordförande ställa samman en dagordning, i de flesta fall sker inget samråd med chefen innan dagordningen skrivs och det är svårt att få iväg utskicken i tid. Det framkommer också att en del beslut som tas i förtroenderådet aldrig verkställs och att rådet inte vet hur de ska agera. Rådet saknar ett bollplank om hur de ska hantera situationer som uppkommer. Det finns inte med någon representant från nämnden i förtroenderådet.

Länsstyrelsens bedömning

Nämnden behöver säkerställa att de äldre får information om sina rättigheter och vilka möjligheter till inflytande som den äldre har över omsorgens innehåll. Nämnden behöver på ett strukturerat sätt reflektera över hur nuvarande samverkansformer, arbetssätt och metoder påverkar den äldres möjlighet till inflytande. Ett verkligt inflytande är en förutsättning för att kunna tillgodose den enskildes behov av integritet, trygghet och meningsfull tillvaro.

Det är positivt att nämnden har uppmärksammat kontinuitetens betydelse och genomfört förändringar. För att ytterligare öka den äldres självbestämmande och inflytande är det viktigt att insatser som utlovats verkligen lämnas, att uppgjorda tider hålls och att information om eventuella förändringar verkligen lämnas.

Om nämnden anser att de äldre ska ha inflytande och vara delaktiga i det som händer på servicehuset behöver nämnden ta ställning till vilken status förtroenderådet har. För att få ett levande förtroenderåd är det viktigt att rådet ges tillräckligt med stöd i sitt arbete, dels praktiskt men också att det råder ett verkligt samråd. Om inte beslut som tas i förtroenderådet verkställs finns en risk att förtroenderådet upphör då arbetet känns meningslöst.



Tillsynsresultat

Datum
2009-11-27

Beteckning
7010-09-59677

Intern och extern samverkan

Bedömningskriterier:**Socialnämnden har rutiner för samverkan och samarbete som gäller målgruppens behov**

Motivering med källhänvisning: 3 kap 3 och 5 §§ SoL, SOSFS 2006:11, 4 kap 1 §

Verksamheten har rutiner för samverkan och samarbete som gäller den enskildes behov

Motivering med källhänvisning: 3kap 3 och 5 §§ SoL, SOSFS 2006:11 3 kap 3 § p. 6

Biståndshandläggarna uppger att det saknas fungerande samverkan med servicehuset. Tidigare träffades de med en viss kontinuitet, vilket nu har upphört.

Interna rutiner för hur samverkan sker mellan olika personalgrupper på servicehuset finns. Enligt chefen känner all personal till dem.

Verksamheten samverkar med frivilligorganisationer från PRO, SPF och kyrkan. Enligt chefen har de även representanter med i förtroenderådet.

Länsstyrelsens bedömning

Nämnden måste vidta åtgärder för att säkerställa att det finns rutiner som tydliggör ansvaret för samverkan och samarbete som gäller den enskildes behov av insatser och att dessa rutiner kontinuerligt följs upp och utvärderas. Samverkan är en förutsättning för att den enskilde ska få det stöd som svarar mot hennes eller hans behov. Det är särskilt viktigt att det finns en samverkan mellan den som beslutar om insatser och den som utför insatser.

Nämnden behöver diskutera hur detaljerade beslut och beställningar ska vara för att ge utföraren och den äldre möjligheten att tillsammans utforma en genomförandeplan. Beställningen behöver ge ett visst utrymme för anpassning utifrån att den enskildes behov av omsorg kan variera mellan olika dagar och ge utrymme för flexibilitet.

Tillsynsresultat

Datum
2009-11-27

Beteckning
7010-09-59677

Handläggning och dokumentation**Bedömningskriterier:****Verkställighet av beslut dokumenteras på ett ändamålsenligt sätt**

Motivering med källhänvisning: 16 kap 3 § 2 st. SoL, SOSFS 2006:5

Beslut om bistånd följs upp

Motivering med källhänvisning: SOSFS 2006:11 4 kap 2 §

Genomförandeplanen utgår från biståndsbeslutet och den enskildes önskemål

Motivering med källhänvisning: 3 kap 5 § och 11 kap 5 § SoL, SOSFS 2006:5

Genomförandeplanen konkretiserar hur beslutade insatser ska genomföras

Motivering med källhänvisning: 3 kap 3 § SoL, SOSFS 2006:5

Genomförandet av ett beslut om en insats dokumenteras fortlöpande

Motivering med källhänvisning: 11 kap 5 § SoL, SOSFS 2006:5

Biståndshandläggarens dokumentation

I de åtta akter som länsstyrelsen granskat finns enstaka uppgifter om verkställighet i de flesta. I sju framgår av bifogad beställning vem beslutet har lämnats till för verkställighet och det framgår vilken information som lämnats. Det framgår inte av dokumentationen att beslutet har verkställts. Enligt biståndshandläggarna kan de själva söka i datasystemet om utföraren gjort en genomförandeplan men de har ingen rutin att stämna av att den är gjord eller om den stämmer med beslutet.

I de flesta akter saknas uppgifter om hur beslutet om bistånd följs upp och det saknas helt uppgifter om uppföljningen omfattar mål och om beslutet överensstämmer med behovet.

Utförarens dokumentation

Två av de äldre saknar genomförandeplan. Fyra genomförandeplaner stämmer inte med de insatser som är beviljade i biståndsbeslutet. Planerna beskriver inte insatser utifrån en helhetssyn och det framgår inte att planen har utformats tillsammans med den enskilde. Genomförandeplanerna har skrivits under av den äldre själv eller av anhörig.

Genomförandeplanen tydliggör vilka insatser som ska genomföras. När insatsen ska genomföras är otydligt och hur insatsen ska genomföras framgår delvis. I de flesta planer finns ett huvudmål och flera har delmål. Det är otydligt vilket datum planen är fastställd och det framgår inte om den uppdateras löpande med aktuell information. Det finns ett fastställt datum för uppföljning i flera planer, i ett par har datumet passerat. Det framgår inte hur planen ska följas upp.



Tillsynsresultat

Datum
2009-11-27

Beteckning
7010-09-59677

Genomförandet dokumenteras i löpande journalanteckningar. Händelser av vikt finns dokumenterade, kontakter som tas och vad som framkommer av betydelse. Det finns enstaka uppgifter om avvikelser från planen. Den löpande dokumentationen innehåller även uppgifter om ändringar i arbetsteam och hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Personalen dokumenterar i datasystemet Parasol. Det finns tre datorer i en gemensam expedition på bottenplanet. En papperskopia av genomförandeplanen finns insatt i en pärm. Personalen uppger att de inte har tillgång till hälso- och sjukvårdsdokumentationen, varken att läsa eller att dokumentera. De dokumenterar därför uppgifter om hälso- och sjukvård i SoL – dokumentationen.

Länsstyrelsens bedömning

Nämnden behöver vidta åtgärder för att utveckla biståndshandläggarnas dokumentation av verkställighet och uppföljning av insatser. Uppföljning av en beslutad insats är av betydelse för att få en koppling mellan kvalitet för den enskilde och kvalitet i verksamheten. Uppföljningen ska därför göras i förhållande till både den enskildes behov och målet för beslutad insats.

Genomförandedokumentationen har förbättrats sedan Länsstyrelsen riktade allvarlig kritik mot nämnden.¹ Dock kvarstår brister som måste åtgärdas; SoL - dokumentationen ska inte användas för att dokumentera förändringar i organisering av arbetsteam och SoL - dokumentationen ska inte heller användas för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Planerna behöver även utvecklas och beskriva när insatsen ska genomföras och hur. Det är önskvärt att genomförandeplanerna beskriver den enskildes behov och önskemål utifrån en helhetssyn, under hela dygnet. Med helhetssyn avses insatser som omfattar inte bara praktiska insatser utan även beaktar insatser av social, psykologisk och existentiell karaktär.

Uppföljning av genomförandeplanen behöver dokumenteras bättre. Syftet med uppföljning av genomförandeplanen är att se om den enskilde får den hjälp som beslutats och att insatserna utförs på det sätt som framgår av planen. Det är lämpligt att den även omfattar målet med insatsen.

Datasystemets struktur, rubriker och sökord gör att genomförandeplanen blir svårläst. Sökorden och hur de används gör att den löpande dokumentationen ibland blir otydlig och missvisande.

Beställningen som skickas till utföraren behöver utvecklas så det ger ett visst utrymme för anpassning utifrån att den enskildes behov av omsorg kan variera mellan olika dagar. Vid tiden för tillsynen är beslut och beställningar väldigt

¹ Ärende med beteckning 7010-08-88499, daterat 2009-06-15

detaljerade och ger inget utrymme för flexibilitet. Det finns en risk att biståndshandläggaren, för att känna sig säker på att insatser ska genomföras, blir väldigt detaljerad i sina beslut. Det medför att nya beslut måste fattas för varje liten ändring som istället borde vara möjlig för utföraren att göra tillsammans med den äldre i genomförandeplanen. (se även kommentar under samverkan)

Kompetens

Bedömningskriterier:

Personalen har den utbildning och kompetens som krävs för att utföra uppgifterna

Motivering med källhänvisning: 3 kap 3 § SoL, SOSFS 2006:11 4 kap. 5 § p.2.

Verksamhetens behov av kompetensutveckling tillgodoses för att möta den enskildes behov av stöd och omsorg

Motivering med källhänvisning: SOSFS:2006:11 4 kap 6§

Enhetschefen är sjuksköterska och har läst ledarskap och organisationsutveckling på högskolan. Hon har genomgått äldreförvaltningens chefsutbildning och läser nu det s.k. chefskörkortet. Biträdande enhetschef har en gymnasieutbildning och har i Stockholms stads regi läst ekonomi, personal och organisation och deltar också i äldreförvaltningens chefsutbildning.

Cheferna får regelbunden extern handledning. De uppger att de tar stöd av varandra och den gemensamma ledningsgruppen, samt av det nätverk som de skaffar sig i samband med olika utbildningar. Omsorgspersonalen får ingen extern handledning vilket chefen har framfört till sin överordnade då det finns flera önskemål om detta från personalen.

All personal har någon form av utbildning inom vård och/eller omsorg. Det är oklart hur många som har kompetens motsvarande gymnasieskolans omvårdnadsprogram. Vid nyanställning ställs krav på omsorgsutbildning, datavana och att kunna uttrycka sig i svenska språket. Även på vikarier ställs krav på utbildning, vana och känsla för arbetet.

Introduktionsprogram för nyanställd personal och vikarier finns och inför sommaren kompletteras introduktionen med en heldag gemensam med övrig omsorgsverksamhet i stadsdelen. Enligt chefen framhålls vikten av självbestämmande och inflytande för de äldre "hela tiden", på alla möten, inte bara i samband med introduktionsprogrammet.

Vid medarbetarsamtalen inventeras personalens behov av kompetensutveckling och vilka områden som behöver förbättras. Under året har verksamheten satsat på en utbildning inom kontaktsmannaskap, vilket berör de flesta omsorgsområden bland annat självbestämmande och inflytande.



Tillsynsresultat

Datum
2009-11-27

Beteckning
7010-09-59677

Länsstyrelsens bedömning

Verksamheten arbetar systematiskt med kompetensutveckling men det är oklart om all personal har tillräcklig kompetens för att utföra arbetsuppgifterna. Det är rimligt att all personal som arbetar med omsorg om äldre har lägst gymnasieskolans treåriga omvårdnadsprogram eller motsvarande utbildning.

Återkommande extern handledning är angeläget. Det bör beaktas som ett självklart led i arbetet och erbjudas all personal.

Planering och styrning

Bedömningskriterier:

Verksamheten har uppföljningsbara mål utifrån SoL.

Motivering med källhänvisning: 1kap 1 §, 3 kap 3 § och 5 kap 4-5 §§ SoL, SOSFS 2006:11

Verksamheten har den bemanning som behövs för att tillgodose god kvalitet i omsorgen

Motivering med källhänvisning: 3 kap 3 § SoL, SOSFS 2006:11 4kap 5 §

Verksamheten har rutiner för att identifiera och hantera fel och brister för att utveckla kvaliteten i verksamheten

Motivering med källhänvisning: 3kap 3 § SoL, SOSFS 2006:11

Enskild verksamhet har rutiner för hantering av anmälningar om allvariga missförhållanden (lex Sarah)

Motivering med källhänvisning: 14 kap 2 § SoL, SOSFS 2008:10

Verksamheten samlar in och använder synpunkter och klagomål i syfte att utveckla kvaliteten i verksamheten

Motivering med källhänvisning: 1 kap 1 § och 3 kap 3 § SoL, SOSFS 2006:11

Uppföljningsbara mål

Målen är framtagna centralt av Stockholms stad och verksamheten bryter ner dem i åtaganden som resulterar i de s.k. garantierna. I målen ingår enligt chefen självbestämmande och inflytande.

I verksamhetens arbete med att ta fram åtaganden finns personalen representerad. De diskuterar tillsammans vilka åtaganden de ska kunna garantera brukarna. De åtaganden som är fastställda följs enligt chefen upp hela tiden, dels i tertiärrapporten och i verksamhetsberättelsen. En brukarundersökning genomförs vartannat år

Länsstyrelsens bedömning

Verksamheten har uppföljningsbara mål.



Tillsynsresultat

Datum
2009-11-27

Beteckning
7010-09-59677

Bemanning

Enhetschefen är ansvarig arbetsledare och biträdande enhetschef går in som ansvarig när enhetschefen inte är på plats. Det finns två administrativa assistenter och två samordnare som inte har någon arbetsledande roll.

Hur många som arbetar per våningsplan varierar över tid beroende på de äldres behov. Personalen uppger att det alltid arbetar en personal per våningsplan dagtid. Utöver det finns för närvarande en personal extra per hus fram till klockan 12.00. Från klockan 16-21 arbetar två omsorgspersonal per hus och för närvarande två extra som arbetar i alla tre hus. På natten ansvarar två omsorgspersonal för hela servicehuset. Det framkommer vidare att om någon sjukskriver sig ersätts inte alltid hela arbetspasset vilket innebär att de kan vara tre som arbetar under en eftermiddag. Att uppgifter saknas i genomförandeplanerna om vilken tid olika insatser ska genomföras beror enligt personalen på att de inte kan planera t.ex. promenader eftersom de inte vet om det finns tillräckligt med folk vid det tillfället. Någon uppger att de skulle behöva vara flera för att de äldre inte ska behöva vänta på sin hjälp.

Enhetschefen bevakar dagligen att beviljade timmar stämmer med omsorgspersonalens timmar. Varje vecka genomförs bemanningsmöte med personalen. Cheferna uppger att utrymmet att göra "något extra" för den äldre inom den bedömda vårdnivån har minskat. Personalens tid att dokumentera ska inrymmas inom den vårdnivå som verksamheten får betalt för, däremot ingår inte personalens tid för att utföra hälso- och sjukvårdsarbete. Ersättningen för en person som bor på servicehuset upphör samma dag personen avlider, vilket innebär att det måste finnas "luft" i bemanningen för att snabbt kunna anpassa den. Där har verksamheten enligt chefen vana vikarier som arbetar. Om personalen uppfattar att de inte kan tillgodose den enskildes behov ingår det i kontaktmannens roll att kontakta biståndshandläggaren för prövning av behovet.

Cheferna talar om att de skulle behöva mer tid för att ge personalen kontinuerlig stöd och vägledning i det dagliga arbetet. Utöver servicehusets omsorgspersonal har de även ansvar för en dagverksamhet och hälso- och sjukvårdspersonalen.

De uppger vidare att det finns tid för samverkan och för att diskutera etik och förhållningssätt. De arbetar nu mycket med kontinuitet och kontaktmannens funktion. Enligt cheferna finns tid för personalen att dokumentera även om tiden ibland är knapp.

Synpunkter som framkom i samtal med de äldre och av enkätsvaren

De äldre uppger att larm ofta besvaras inom rimlig tid men de säger också att personalen är stressad och att de kan få vänta länge på hjälp efter att de har larmat.



Tillsynsresultat

Datum
2009-11-27

Beteckning
7010-09-59677

Länsstyrelsens bedömning

Nämnden behöver säkerställa att det system som används för att bedöma ersättningen till utföraren säkerställer att den enskildes behov tillgodoses med god kvalitet och säkerhet. På grund av att dokumentationen inte beskriver i vilken omfattning och när alla insatser ska ges och att alla inte dokumenterar utebliven insats, uppföljning med mera, saknas ett underlag som gör det möjligt att bedöma om verksamheten har den bemanning som behövs för att tillgodose god kvalitet i omsorgen.

Att det finns en bemanning som bygger på god personalkontinuitet har stor betydelse för den enskildes upplevelse av kvalitet. Äldres behov, önskemål och vanor ska respekteras och vara grunden för verksamheten. All personal måste därför ha tid för att diskutera frågor som är viktiga utifrån brukarperspektivet, exempelvis etik, värderingar och förhållningssätt. Saknas tid för detta kan det vara ett tecken på för låg bemanning.

Rutiner för fel och brister, Lex Sarah och synpunkter och klagomål

Hur rutinerna för att anmäla fel och brister i verksamheten ska fungera har enligt chefen varit en process. Idag användes en blankett med rubriken Förslag/klagomål /synpunkter. En sammanställning av det som inkommit och vilka åtgärder som vidtagits redovisas tre gånger per år.

Personalen uppger att de skriver i den enskildes dokumentation om något inträffar. Begreppet fel och brister är inte bekant. De dokumenterar även avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen i SoL-dokumentationen eftersom de inte har tillgång till hälso- och sjukvårdens dokumentation och fyller även i en avvikelseblankett. De tar alltid upp och diskuterar det som inträffat på samverkansmöten en gång per månad.

Det finns rutiner och blanketter för hantering av allvarliga missförhållanden, Lex Sarah. Det har inte varit aktuellt med någon anmälan de senaste två åren. Alla nyanställda informeras om rutinen vid introduktionen. Eftersom staden tagit fram nya blanketter för hanteringen av Lex Sarah kommer verksamheten att genomföra en kortare utbildning under hösten. I övrigt förs inga strukturerade diskussioner om vad som är ett allvarligt missförhållande och hur det skiljer sig från ett missförhållande eller övriga brister i omsorgen. Enligt personalen pratar de inte om missförhållanden men de pratar och diskuterar alltid när det händer något. Om det skulle bli aktuellt pratar de först med sjuksköterskan.

Verksamheten har ett system för synpunkter och klagomål. Personalen uppger att de försöker lösa problemet direkt, ofta är det missförstånd och då går det lätt att lösa. Saker som de löser direkt skrivs aldrig ner. De uppger att klagomål ska skrivas in i den enskildes journal men tror inte att alla gör det.



Länsstyrelsen har tagit del av de tio senaste klagomålen som inkommit under perioden 24 september - 8 oktober. De klagomål som berör omsorgen handlar om oklarhet kring kontaktmannaskap som innebär frekventa telefonsamtal till en son och att interna verksamhetsfrågor diskuterats med boende och anhöriga. Larm som inte besvarats och brister i bemötande, brister i omsorgen och de intervaller de utförs.

Synpunkter som framkom i samtal med de äldre och av enkätsvaren

De äldre uppger att de vänder sig direkt till chefen om de har några synpunkter eller klagomål, flera uppger att det är dålig återkoppling på klagomålen.

Länsstyrelsens bedömning

Verksamheten har system för synpunkter och klagomål och rutiner för Lex Sarah. Hur verksamheten fångar upp fel och brister är mer otydligt, även vilken kompetens som finns i verksamheten för att möjliggöra att fel och brister rapporteras. Personalen känner till hur de rapporterar avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen men vad som kan definieras som fel och brister är inte känt. Hur blanketten med rubriken Förslag/klagomål/synpunkter ska användas för att fånga upp fel och brister i verksamheten är otydligt. Länsstyrelsen har i tidigare beslut uppmärksammat nämnden på att det saknas ett fungerande system för att uppmärksamma och hantera fel och brister.² I samtal med cheferna framkom till exempel att kompletteringar i beställningen av insatser kan skickas utan att utföraren uppmärksammas på det, vilket är ett tydligt exempel på ”fel och brister” som har identifierats men inte dokumenterats, åtgärdats eller följts upp.

Nämnden måste vidta åtgärder för att säkerställa att det finns ett fungerande system för hur fel och brister identifieras, dokumenteras, åtgärdas och följs upp. Utgångspunkten bör vara att identifiera och åtgärda strukturella fel och brister i verksamhetens rutiner. Fel och brister i verksamheten kan leda till att de äldres behov inte tillgodoses. Att fel och brister inte åtgärdas i tid kan i sin tur leda till ett allvarligt missförhållande. Fel och brister som inte uppmärksammas och åtgärdas i tid, kan, förutom den skada de kan medföra, leda till minskat förtroende hos de äldre.

Det är viktigt att verksamheten systematiskt och regelmässigt säkerställer att personalen har kunskap om vilket ansvar de har att hantera fel och brister likväl som allvarliga missförhållanden och klagomål och hur de förhåller sig till varandra.

² Beslut med ärendebeteckning 7010-07-97870 daterat 14 januari 2008 och beslut med ärendebeteckning 7010-08-88499, daterat den 15 juni 2009.

