



Handläggare: Gunweig Högberg
Telefon: 08-508 20 505

Till
Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsnämnd

Verksamhetstillsyn enligt 13 kap. 1 § SoL av Skedvikens gruppboende

Svar till socialstyrelsen, dnr 19105/2010.

Förvaltningens förslag till beslut

Förvaltningens tjänsteutlåtande överlämnas som svar till socialstyrelsen.

Lena Holmdahl
Tf stadsdelsdirektör

Kristina Goldring
Äldreomsorgschef

Sammanfattning

Socialstyrelsen genomförde en oanmäld tillsyn av Skedvikens gruppboende 2010-06-01 med anledning av en inkommen anmälan. Tillsynen fokuserade på granskning av dokumentationen enligt SoL, rutiner för fel och brister samt Lex Sarah.

Socialstyrelsen riktar kritik för brister i verksamhetens ledningssystem för kvalitet. Bristerna medför att hanteringen av fel och brister i verksamheten inte fungerar och rutiner saknas för att fortlöpande kontrollera att den bemanning som behövs. Förvaltningen redovisar de åtgärder som vidtagits för att bristerna ska åtgärdas.

Bakgrund

Socialstyrelsen genomförde 2010-06-01 en verksamhetstillsyn av Skedvikens gruppboende med anledning av att en anmälan inkommit till socialstyrelsen. Beslutet från socialstyrelsen tilldelas stadsdelsnämnden för yttrande senast 2010-08-26. Svarstiden har förlängts till 2010-10-05.

Ärendet

Tillsynen av Skedvikens gruppboende, ett boende för åtta äldre personer med demenssjukdom, genomfördes oanmält. Intervjuer genomfördes med biträdande enhetschef, en sjuksköterska och två vårdpersonal. Tillsynen begränsades till två ansvarsområden: planering och styrning samt handläggning och dokumentation. Vid tillsynstillfället granskade socialstyrelsen all dokumentation enligt SoL samt rutinerna för fel och brister samt Lex Sarah. Socialstyrelsen begärde även att få ta del av den dokumentation som skett med anledning av det klagomål som inkommit till nämnden gällande händelsen som beskrivits i anmälan som inkommit till socialstyrelsen.

Socialstyrelsen riktar kritik för brister i verksamhetens ledningssystem för kvalitet. Bristerna medför att hanteringen av fel och brister i verksamheten inte fungerar och rutiner saknas för att fortlöpande kontrollera den bemanning som behövs. I svaret till socialstyrelsen ska det även framgå hur nämnden har säkerställt att ledningssystemet är förankrat och känt av alla personalkategorier inom verksamheten.

Ärendets beredning

Detta tjänsteutlåtande har utarbetats inom avdelningen för äldreomsorg. Ärendet behandlas i stadsdelsnämndens pensionärsråd 2010-09-30. Omedelbar justering.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Nedan följer socialstyrelsens redovisning och bedömning av tillsynen samt förvaltningens beskrivning av åtgärder för att åtgärda bristerna:

Planering och styrning

Socialstyrelsens bedömning: Det saknades samsyn mellan den biträdande enhetschefen, sjuksköterskan och omsorgspersonalen om vem som leder det dagliga omvårdnadsarbetet. Det är viktigt att tydliggöra vem som leder omvårdnadsarbetet enligt SoL. Det är också viktigt att arbetsledaren har en hög närvaro, närhet till personalen och finns till hands när personalen behöver hjälp med problematiska frågor i arbetet.

Rutiner för att fortlöpande kontrollera att det finns den bemanning som behövs för att utföra uppdraget under hela dygnet måste upprättas. En viktig del är att säkra,

ha kunskap om och kunna värdera personalens behov av stöd för att bli hantera svåra situationer i arbetet.

Rutiner för hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp måste upprättas. Rutinerna för anmälan om allvarliga missförhållanden måste uppdateras enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:10).

Bedömningskriterium: verksamheten har den bemanning som behövs för att tillgodose god kvalitet i omsorgen.

Vid tillsynen saknades skriftliga rutiner i verksamheten för att bedöma vilken bemanning som behövs för att tillgodose de enskildas behov av omsorg.

En sjuksköterska finns tillgänglig på enheten cirka en timme per dag vilket enligt den vidtalade sjuksköterskan inte är tillräckligt. På natten finns sjuksköterska att tillgå via en sjuksköterskepatrull.

Förvaltningens åtgärder: En skriftlig rutin för att bedöma vilken bemanning som behövs saknas men medarbetarna har fått muntlig information och vet hur de ska agera. Medarbetare påtalar behov av förstärkt bemanning till sjuksköterskan som i sin tur samråder med ledningen. Ledningen beslutar om förhöjd bemanning utifrån de boendes behov. Om chef ej finns tillgänglig fattar sjuksköterskan beslut själv. Detta gäller kvällar och helger. Den bemanning som finns under dagtid på enheten – två personal på åtta boende - bedöms som tillräcklig vilket även socialstyrelsen anser. I dagsläget finns sjuksköterskan tillgänglig en timme per dag. Utifrån de behov som uppstår kan sjuksköterskan komma till boendet oftare. Skriftlig rutin har upprättats.

Socialstyrelsen påpekar att tydliggörande behövs om vem som leder det dagliga omvårdnadsarbetet enligt SoL. Förvaltningen har under 2010 fastställt riktlinjer gällande omvårdnadsansvarig sjuksköterskans ansvar och uppdrag inom äldreomsorgen i Enskede-Årsta-Vantör. Arbetet har skett i samråd med samtliga sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården. Dessa riktlinjer utgår från sjuksköterskans totala ansvar för sina boendes omvårdnad utifrån ett helhetsperspektiv. Sjuksköterskan är också arbetsledare i det dagliga arbetet.

Enligt riktlinjerna ska omvårdnadsansvarig sjuksköterska:

- Leda det dagliga arbetet utifrån en helhetssyn för varje enskild boende samt till hela verksamheten.
- Föra ut och följa upp helhetssynen till omsorgspersonalen.
- Sätta sig in i hur omsorgspersonalen fungerar i det dagliga omvårdnadsarbetet.

- Följa upp och utveckla rutiner.
- Följa upp och utveckla kontaktmannaskapet.

Sjuksköterskan ska arbetsleda kring verksamhetsplanens mål och åtaganden genom att:

- Betona vikten av omsorgspersonalens uppdrag och ansvar gentemot verksamhetsplanens mål och åtaganden.
- Handleda i hur uppdraget ska genomföras och hur effekten för den boende påverkas när så sker.
- Följa upp att omsorgspersonalen genomför uppdraget.
- Arbetsleda alla hälso- och sjukvårdsinsatser – skriftligt och muntligt.
- Arbetsleda i det dagliga omvårdnadsarbetet.
- Lägga särskild vikt vid att följa upp områden där nolltolerans gäller, exempelvis brister i bemötande, kränkning av boende m m.
- Anmäla misskötsamhet till närmaste chef.

De nya riktlinjerna har implementerats i sjuksköterskegruppen inom Årsta vård- och omsorgsboende inklusive Skedvikens gruppboende under juni 2010. Uppföljning kommer att ske under hösten 2010. Övriga medarbetare informeras vid APT- möte under september månad och följs upp under kommande APT-möten.

Tjänstgörande sjuksköterska besöker enheten dagligen. Biträdande enhetschef besöker enheten tre-fem gånger per vecka. Övrig tid finns möjlighet till telefonkontakt under kontorstid med biträdande enhetschef samt dygnet runt med sjuksköterska. Dessa kan med kort varsel komma till enheten vid behov.

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

Blanketter för att lämna skriftliga synpunkter och klagomål fanns tillgängliga i entrén. Dokumentation av det aktuella klagomålet visar att det har hanterats av enhetschefen och att åtgärder vidtagits.

Förvaltningens åtgärder: Inga åtgärder aktuella.

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

Rutiner för hur fel och brister ska hanteras saknades i verksamheten. Det framkom att avvikelser som inte berör hälso- och sjukvård rapporterats av vårdpersonal men att det var oklart hur dessa hanterades.

Förvaltningens åtgärder: En rutin för hur fel och brister ska hanteras kommer att utarbetas. Under vecka 38 ska rutinen förankras inom alla yrkeskategorier.

Bedömningskriterium: verksamheten har rutiner för hantering och anmälningar om allvarliga missförhållanden enligt 14 kap. 2 1 SoL (Lex Sarah)

Verksamheten har rutiner för hantering av anmälningar av allvarliga missförhållanden men dessa rutiner behöver uppdateras enligt SOSFS 2008:10.

Förvaltningens åtgärder: Rutinerna för hantering av anmälningar av allvarliga missförhållanden ska uppdateras. Förankring av rutinerna kommer att ske under vecka 38 på de arbetsplatsträffar som hålls då.

Handläggning och dokumentation

Socialstyrelsens bedömning: när rambeslut tillämpas innebär det i praktiken att biståndshandläggaren överlämnat till utföraren att bedöma vilka insatser den äldre behöver. Det innebär att det inte fattas några formella beslut om insatser som går att överklaga. Detta behöver ses över. Den löpande dokumentationen kan utvecklas.

Bedömningskriterium: genomförandeplanen utgår från biståndsbeslutet och den enskildes önskemål

Socialstyrelsen anför att beslutet om särskilt boende är ett rambeslut och att det inte framgår vilka insatser den enskilde är beviljad i boendet.

Genomförandeplanerna utgår från personalen och närståendes kunskap om den enskildes dagliga omvårdnadsbehov.

Förvaltningens åtgärder: Vid beslut om plats inom vård- och omsorgsboende används ett mätinstrument för att fastställa hjälpbehovet som indelas i tre ersättningsnivåer baserat på den enskildes omvårdnadsbehov.

I samband med placering görs en första bedömning av nivåplacering. Efter två månader görs ett nytt besök på vård- och omsorgsboendet då vårdnivån fastställs av biståndshandläggaren. Vid varaktigt utökat omvårdnadsbehov kontaktar enheten biståndshandläggaren för eventuell justering av vårdnivån.

Genomförandeplanen som enheten skickar till biståndshandläggaren beskriver hur insatserna utförs och vad personen eventuellt klarar själv.

För samtliga boende inom vård- och omsorgsboende har beställning skickats till boendet med tydlig redogörelse av hälsotillståndet samt hjälpbehovet, dock ej så detaljerat som Socialstyrelsen efterlyser.

Vid metodmöte inplanerat till 2010-09-15 kommer samtliga biståndshandläggare inom beställarenheten att informeras om att vid beslut till vård- och omsorgsboende ska de insatser som beviljats tydligt framgå i biståndsbeslutet. Under september månad 2010 kommer nyprövning av omvårdnadsbehovet att genomföras för alla boende inom Skedvikens gruppboende.

Bedömningskriterium: genomförandeplanen konkretiserar hur beviljade insatser ska genomföras

Genomförandeplanerna beskriver vilka insatser samt hur och när dessa ska utföras. Mål för insatserna finns. Det framgår vilka som deltagit och när planen är fastställd. Datum för när planen upprättats och ska följas upp framgår.

I två akter saknas en genomförandeplan och i någon saknas dokumentation om uppföljning trots att den enligt dokumentationen skulle ha varit genomförd.

Bedömningskriterium: genomförandet av ett beslut dokumenteras fortlöpande

I huvudsak antecknas relevanta händelser. Anteckningar om resultatet av genomförda uppföljningar, noteringar om klagomål eller att insatser påbörjats/avslutats saknas. Kontakter med anhöriga eller biståndshandläggare framgår inte.

Förvaltningens åtgärder: Arbetet med att utveckla dokumentationen fortgår. Särskilda stödjare i SoL-dokumentation finns inom enheten. Ledningen har tidigare granskat genomförandeplaner och liknande granskningar planeras framöver. Äldreomsorgens ledning har utarbetat en ParaSoL – handbok, dvs vägledning gällande dokumentation enligt socialtjänstlagen - som komplement till den användarhandledning i ParaSoL som stadens äldreförvaltning utformat. Ledningen för Skedviken kommer att säkerställa att dessa vägledningsdokument tillämpas i större utsträckning än hittills.

Bilagor

- Socialstyrelsens beslut.