

Socialstyrelsen



LÄNSSTYRELSEN
I STOCKHOLMS LÄN

Bilaga 1

ÄLVSJÖ STADSDELSFÖRVALTNING

Djariennr 504-448-06
2006-11-24

1(12)

Dnr: 44-05128/2006

Dnr: 7010-2006-080441

Älvsjö stadsdelsnämnd
Box 48
125 21 Älvsjö

Länsstyrelsens och Socialstyrelsens beslut i tillsynsärende rörande vård och omsorg samt hälso- och sjukvårdsverksamheten vid Solberga korttidsenhet i Älvsjö, Stockholm.

Beslut

Länsstyrelsen riktar kritik till Älvsjö stadsdelsnämnd för brister på Solberga korttidsenhet när det gäller enhetens storlek och bostadsstandard. Kritiken gäller även den sociala dokumentationen som har brister.

Länsstyrelsen begär ett yttrande från nämnden om hur nämnden planerar för att åtgärda bristerna.

Yttrandet ska vara Länsstyrelsen tillhanda senast den 24 maj 2007.

Länsstyrelsen förutsätter att de övriga påpekanden som Länsstyrelsen gjort leder till relevanta åtgärder i verksamheten.

Socialstyrelsen förutsätter att de påpekanden som gjorts leder till relevanta åtgärder i verksamheten.

Socialstyrelsen avslutar ärendet.

Detta beslut har fattats av enhetschefen Eva Hersler, Länsstyrelsen och enhetschefen Staffan Blom, Socialstyrelsen. Föredragande har varit äldreskyddsombudet Birgitta Vigil Länsstyrelsen, och byrådirektören Lena Renman, Socialstyrelsen.

Sammanfattning Länsstyrelsen

Korttidsenheten för personer med demenssjukdomar på Solberga äldreboende är när det gäller innehållet i omsorgen en väl fungerande verksamhet med kunnig personal som bemöter de äldre väl och en engagerad och visionär ledning. Verksamheten ger också möjlighet för dem som vistas där att ha en meningsfull och stimulerande tillvaro.

Vissa brister finns dock. Bostadsstandarden är inte fullgod. Flertalet av de äldre delar rum och hygienutrymme med någon de inte valt att dela rum med. Enheten är alltför stor med 13 äldre som vistas där samt dagtid ungefär ytterligare tio dagvårdsgäster.

Den sociala dokumentationen har brister vilket kan innebära risker för den enskildes rättsäkerhet. Flera äldre som vistas på enheten har inte aktuella biståndsbeslut/ beställningar.

Sammanfattning Socialstyrelsen

Verksamheten har ett systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen anser dock att målen för hälso- och sjukvården kan utvecklas, såväl på övergripande nivå som på lokal nivå. Verksamhetens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet uppfyller inte helt kraven i SOSFS 2005:12. En rutin för avvikelshantering finns. En systematisk riskbedömning av verksamheten och rutin för riskhantering saknas. Socialstyrelsen bedömer att verksamheten har fungerande rutiner för den interna informationsöverföringen. Avseende patienter som anländer till boendet från hemmet, t.ex. för avlastning eller växelvård saknar verksamheten en dokumenterad rutin. Vidare finner Socialstyrelsen att journalföringen förs i enlighet med gällande regelverk.

Bakgrund

Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet och Länsstyrelsen sociala enhet i Stockholm har beslutat att gemensamt granska hälso- och sjukvårdsverksamheten, samt vård och omsorg vid särskilda boenden för viss annan heldygnsvård, enligt 7 kap 1 § p 3 Socialtjänstlagen (2001:453) s.k. korttidsboende. Anledningen är att Socialstyrelsen identifierat flera riskområden avseende hälso- och sjukvården vid korttidsboenden bl.a. avseende ansvarsfördelning, informationsöverföring och läkemedelshantering. Länsstyrelsens har vid tidigare tillsyn uppmärksammat en stor variation på kvaliteten i bostadsstandard, dokumentation och rättsäkerhet.

Syfte

Länsstyrelsens syfte är att stärka rättssäkerheten, rätta till brister och missförhållanden samt att ge råd och stöd.

Socialstyrelsens syfte är att granska om systematiska insatser görs för att säkerställa att den hälso- och sjukvård som de boende får utgår utifrån individuella behov samt tillgodoser kraven på patientsäkerhet. Syftet är också, att om brister föreligger, ge råd och stöd om hur dessa brister kan åtgärdas.

Urval

Tillsynen utgår bl.a. från bestämmelserna i socialtjänstlagen, kap 1 1§, kap 4 1§, kap 3 3§, kap 11. 5 och 6§§, samt kap 6 3§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12 och Socialstyrelsens allmänna råd 1998:8 om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade.

Tolv särskilda boenden för viss annan heldygnsvård, enligt 7 kap 1 § p 3 Socialtjänstlagen (2001:453) s.k. korttidsboenden, fördelade över länet har utsetts. Urvalet har gjorts utifrån uppgifter från Länsstyrelsens enkät till

äldreboenden 2005 utifrån storlek och geografisk spridning i länet. I tillsynsaktiviteten ingår verksamheter i såväl kommunal som enskild regi.

Metod och genomförande

Besöket vid Solberga korttidsenhet genomfördes fredagen den 20 oktober 2006 av äldreskyddsombudet Birgitta Vigil och byrådirektören Lena Renman. Vid besöket intervjuades verksamhetschefen Åke Cronander, enhetschefen Ann Norén och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Edith Fonad, en sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut och två omvårdnadspersonal efter fastställda frågeformulär. Dessutom inspekterades läkemedelshanteringen tillsammans med en sjuksköterska och tre omvårdnadsjournaler och tre akter av den sociala dokumentationen granskades efter särskilda mallar.

Länsstyrelsen har vid besöket fått kopior av biståndsbesluten för att granska målsättning och beviljade insatser. Intervjuer, observationer och granskningar ligger till grund för Länsstyrelsens beslut.

Socialstyrelsen hade före besöket tagit del av uppgifter om verksamheten nedtecknade av verksamhetschefen, verksamhetsplan för 2006, samverkansplan för läkarinsatser, rutiner för samordnad vårdplanering, lokal instruktion för läkemedelshantering. Dokumenten och intervjuerna ligger till grund för Socialstyrelsens bedömning och beslut.

Redovisning

Verksamhet och ledning

Solberga äldreboende, som drivs av Älvsjö stadsdel i Stockholm består av åtta enheter. Korttidsenheten har plats för 13 äldre personer med demenssjukdom. På samma enhet bedrivs dagverksamhet för ca 10 dagvårdsgäster med demenssjukdom varje vardag.

Länsstyrelsen anser att personer med demenssjukdomar bör vistas i små och hemlika miljöer även i samband med korttidsvistelse. Länsstyrelsen anser att enheter för demenssjuka ska vara för högst nio personer för att de ska kunna knyta an till varandra och till personalen.

Solberga äldreboende leds sedan en lång tid tillbaka av verksamhetschefen Åke Cronander. Korttidsenheten leds sedan ett och ett halvt år tillbaka av enhetschefen Ann Norén. Hon har en grundutbildning som sjuksköterska med en påbyggnadsutbildning i etik. Ann Norén har tidigare erfarenhet av chefsarbete inom äldreomsorgen och har deltagit i en ledarskapsutbildning på Socialhögskolan. Hon ansvarar även för all nattpersonal på Solberga, sammanlagt är hon chef för 35 personer. Cheferna på Solberga får handledning.

14 personer är anställda på korttidsenheten varav en är sjuksköterska och 13 omvårdnadspersonal.

Sjuksköterskan arbetar som arbetsledare dagtid måndag till fredag. Övriga tider finns en sjuksköterska som har ansvar även för andra enheter på Solberga.

Länsstyrelsens bedömning

De äldres och anhörigas synpunkter

Länsstyrelsen intervjuade två äldre på korttidsenheten. De är båda nöjda med personalen som beskrivs ha ett gott och respektfullt bemötande och vara kunnig. De känner sig trygga och känner igen de flesta som arbetar på enheten.

De vet varför de är på enheten och en av dem vet att han ska åka hem igen. Båda två tycker att de får bestämma hur de vill ha det och de är nöjda med aktiviteterna. En av de äldre som intervjuas känner till sin kontaktperson.

Ingen har trygghetslarm. Det saknas också möjlighet att lägga sina saker på ett säkert ställe i rummet. – Det vore bra om jag kunde lägga min bok i bordslådan och låsa eftersom det kommer in folk i mitt rum, säger en av de äldre.

En äldre är missbelåten med att dela rum med en person hon inte valt. En äldre som växelvårdas säger att det går bra att dela rum, men ifall han skulle bo en längre tid på enheten skulle han vilja ha eget rum.

Om omvårdnadspersonalen

Omvårdnadspersonalen består av tolv kvinnor och en man. 12 av dem har vård och omsorgsutbildning och en saknar formell utbildning men har lång erfarenhet. Personalen nämner att de genomgått utbildningar i demensvård, bemötande, munvård, taktil beröring och att alla deltar i en etikcirkel som enhetschefen arrangerar en gång i månaden.

Personalen arbetar som kontaktpersoner åt de äldre. De dokumenterar, informerar och ser till "sina" äldre, men de sköter inte alltid den dagliga omsorgen. Personalen städar de äldres lägenheter och tvättar deras kläder. Övrig städning och tvätt av sängkläder m.m. ingår inte i personalens uppgifter.

Bostadsstandard

Korttidsenheten är beläget i markplan, det är ljust och trivsamt med två stora dagrum där korttidsenhetens gäster äter lunch i ett dagrum och dagverksamhetens i det andra.

I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (propositionen 1997/98:113) anges att med fullvärdig bostad avses minst ett rum och kök eller ett och ett halvt rum och kokvrå, toalett och dusch/bad. Avsaknad av toalett och dusch/bad anses utgöra brister i boendet.

Tio äldre på korttidsenheten på Solberga delar rum med en person de själva inte valt att sammanbo med. Vid tillsynen vistas ett par makar i ett av dubbelrummen. Tre personer vistas i enkelrum. Länsstyrelsen anser att ett

eget rum och ett eget hygienutrymme är en förutsättning för självbestämmande, integritet, trygghet och livskvalitet. Undantag finns ifall två personer, t ex makar väljer att bo tillsammans.

Enheten är låst med kodlås. Det finns ingen synlig kod i anslutning till den låsta dörren. Länsstyrelsen vill understryka att enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 1992:17 får boende på särskilt boende inte vara inlåsta utan möjlighet att ta sig ut. Detta måste åtgärdas.

Målgrupper och biståndsbeslut/beställningar

De som vistas på korttidsenheten på Solberga har i stort sett alla en konstaterad demenssjukdom. Fem personer har bistånd för växelvård, de flesta av dem vistas i hemmet två veckor och på korttidsenheten två veckor. 14 personer, åtta kvinnor och sex män, är inskrivna i verksamheten vid tillsynen, tre kommer från Älvsjö stadsdel, de övriga från sex olika stadsdelar i Stockholm.

Fem av dem har aktuella beslut/beställningar, nio har inte det. En beställning är daterad åtta månader innan den äldre kom till Solbergas korttidsenhet. Verksamheten och beställarna måste se till att tidsbegränsade beslut och korttidsvistelser som är längre än tre månader följs upp kontinuerligt. I den sociala dokumentationen måste det framgå orsaken till att vistelsen förlängs och vilka mål som ska uppnås. Om den enskilde har behov av särskilt boende måste ansvarig nämnd utreda och fatta beslut i vederbörlig ordning.

Från den 11 augusti 2006 gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL mm. SOSFS 2006:11. Där anges i föreskrifterna i 4 kap 1,2 §§ hur ledningssystemet ska säkerställa samarbete, handläggning och dokumentation.

Sex av de äldre är på korttidsenheten för att avlasta make/maka i hemmet, tre är där för att deras framtida enhet ska utredas, tre väntar på permanentboende och två ska mobiliseras för att eventuellt kunna återvända till sina hem.

Dokumentation

Den sociala dokumentationen har brister. Den består av genomförandeplaner- "individuella planer" som innehåller övergripande formuleringar som "hjälp i personlig vård dagligen av all personal för att nå målet ökad självständighet". De individuella planerna är inte undertecknade av de äldre eller deras närstående. Det framgår inte varför vistelser förlängts eller att ny planering genomförts med biståndshandläggarna.

Den sociala journalen kallas daganteckningar och innehåller olika uppgifter, både sociala och hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Den sociala dokumentationen förvaras i individuella pärmar inlåsta i personalens kontor, vilket är bra. Det finns också beställningar från biståndshandläggarna och signaturlistor i varje pärm. I alla pärmar finns även information om Lex Sarah, Lex Maria och klagomålshanteringen.

Verksamhetschefen berättar att all personal inom kort ska börja dokumentera i stadens dataprogram ParaSoL, varför utvecklingsarbetet med den sociala dokumentationen för tillfället inte varit högprioriterat.

Länsstyrelsen anser att den sociala dokumentationen snarast måste utvecklas så att den uppfyller kraven på rättssäkerhet.

Från den 17 februari 2006 gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) m.m. SOSFS 2006:5.

Enligt Länsstyrelsens bedömning ska den enskildes dokumentation hållas samlad i en akt. Den ska förvaras tryggt och säkert så att obehöriga inte får tillgång till den.

Dokumentationen ska innehålla tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga uppgifter och de ska vara väl strukturerade och tydligt utformade. Den enskilde ska hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs. I akten ska finnas:

- Beslut där det framgår vem ärendet avser, vad ärendet gäller och vad som kommit fram under utredningen samt vad som är beslutat och datum för beslutet. Den enskildes uppfattning om sina behov och hur dessa kan tillgodoses bör framgå.
- Genomförandeplan. Här ska framgå vilka behov och önskemål som ska tillgodoses samt när, av vem och på vilket sätt insatsen ska genomföras under dygnets alla timmar. Det ska även framgå när olika insatser ska följas upp. Planeringen ska utarbetas tillsammans med den enskilde/företrädare.
- Journal för genomförande ska innehålla faktiska omständigheter och händelser av betydelse, avvikelser från planeringen, anteckningar om kontakter som tagits och förändringar som bedöms kunna leda till ny biståndsbedömning. Anteckningarna ska föras i löpande följd.

Meningsfull sysselsättning

På korttidsenheten på Solberga har personalen tid både för individuella och gemensamma aktiviteter för de äldre. Alla får gå ut på promenad när de vill, målet är att alla ska komma ut minst en gång i veckan. I anslutning till enheten finns ett rum för avslappning som används ofta för de äldre. Nästa rum är utformat som en folkpark, där finns dansbana och café som är mycket uppskattat.

Lex Sarah och kvalitetsarbete

Personalen känner till skyldigheten att anmäla missförhållanden enligt socialtjänstlagen 14 kap. 2 §, Lex Sarah. Det finns instruktioner i de äldres pärmar om innebörden, men det saknas blanketter och uppgifter om vem som är mottagare till en anmälan.

Verksamhetens kvalitetsarbete har resulterat i en certifiering enligt ISO SS (Svensk Standard) 2001:9000. Länsstyrelsen påpekar åter att från den 11 augusti 2006 gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL mm. SOSFS 2006:11.

Det finns rutiner för klagomål och synpunktshantering och i varje dokumentationspärm finns instruktioner och blanketter. Enligt SOSFS 2006:11 ska ledningssystemet säkerställa att det finns rutiner för att samla in och använda synpunkter och klagomål från enskilda.

Socialstyrelsens bedömning

Kvalitetsarbete (inkl avvikelshantering)

Enligt 29 §, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), skall det inom hälso- och sjukvård finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården framställs krav på, och ansvarsfördelning för, kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården bl.a. enligt följande. För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet skall vårdgivarna inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

Det systematiska kvalitetsarbetet skall syfta till att förebygga vårdskador, utgå från syftet med verksamheten, identifierade och prioriterade vårdbehov samt vårdprocesserna, vara anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning, utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp, och vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen, (2 kap. 4 §). Vårdgivaren skall fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen, ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvaliteten, (3 kap. 1 §).

Vid intervjun framkommer att vårdgivaren har utsett Åke Cronander till verksamhetschef. Hans profession är sjuksköterska. Verksamheten saknar upprättade tydliga mål för hälso- och sjukvården i verksamheten. MAS gör årligen en uppföljning av hälso- och sjukvården utifrån nio olika kriterier. Älvsjö stadsdelsnämnd har i februari 2006 gett alla verksamhetschefer i uppdrag att formulera mål för hälso- och sjukvården. Vårdgivaren hade gett verksamhetschefen direktiv om att upprätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschefen har tagit fram, fastställt och dokumenterat rutiner för kvalitetsarbetet i verksamheten.

Socialstyrelsen förutsätter att verksamhetschefen upprättar mål för korttidsboendets hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen bedömer att verksamhetens kvalitetssystem inte helt uppfyller kraven i SOSFS 2005:12 och förutsätter att verksamhetschefen färdigställer ett sådant och förankrar detta hos all personal vid korttidsboendet.

Ledningssystemet skall bl.a. säkerställa att det finns rutiner för avvikelshantering. Detta innebär att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud, samt fastställa och åtgärda orsakerna, och följa upp vidtagna åtgärders effekt. Vidare innebär det att sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelshandlingen till verksamhetens personal och andra berörda, använda erfarenheterna från avvikelshandlingen i det förebyggande riskhanteringsarbetet, och ta till vara förslag och klagomål från patienter, närstående och personal, (4 kap. 6 §).

I verksamheten finns en dokumenterad rutin för avvikelshantering och särskild blankett används för rapportering av avvikelser. Enligt verksamhetschef, MAS och enhetschef finns exempel i rutinen på vad som, i verksamheten, betraktas som avvikelser. Personalen känner till rutinens innehåll. Avvikelser avseende fall och läkemedel är områden som oftast rapporteras i verksamheten och åtgärder för att förebygga liknande händelser har vidtagits. Det finns rutiner för att hantera avvikelser i annan verksamhet. För synpunkter och klagomål från anhöriga finns en särskild rutin.

Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för riskhantering, att identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten, åtgärda orsakerna till riskerna, och göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten, (4 kap. 5 §).

I verksamheten bedrivs enligt Socialstyrelsens bedömning ingen systematisk riskhantering, och rutin för detta saknas. Socialstyrelsen förutsätter att verksamhetschefen vidtar åtgärder för att utveckla rutiner för riskhantering.

Informationsöverföring

Enligt 2 kap. 3 §, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, skall landstingen och kommunerna i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information, som t.ex. befintliga planer, mellan vård- och omsorgsgivare i samband med in- och utskrivning av patienter från slutenvård till öppen vård och socialtjänst. Rutinerna skall dokumenteras och de skall vara enhetligt utformade inom ett län eller en region. Rutinerna skall innehålla uppgifter om vilka som är ansvariga för att sända respektive ta emot in- och utskrivningsmeddelanden, vilka som skall kallas till vårdplaneringen, hur den behandlande läkaren skall kalla till vårdplaneringen, hur den behandlande läkaren skall få besked om att kallelsen till vårdplaneringen har mottagits, och vilka som har utsetts till att justera vårdplanen och hur den skall justeras.

Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser t.ex. överföring av information om enskilda patienter, och för samverkan i vårdprocesserna inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare, (4 kap. 4 §, SOSFS 2005:12).

Vid intervjun framkommer att verksamheten har en upprättad rutin för samordnad vårdplanering enligt SOSFS 2005:27. I samverkansavtalet mellan kommun och landsting finns en rutin för informationsöverföring mellan kommunen och landstinget. Hälso- och sjukvårdspersonal från verksamheten deltar inte vid samordnad vårdplanering på sjukhuset. Patienternas hälso- och sjukvårdsbehov kommer verksamheten till del dels vid ansvarig läkares kvittering av vårdplaneringen, dels genom rapportering mellan sjuksköterskorna vid verksamheten och sjukhuset via telefon samt utifrån medsänd omvårdnadsepikris och läkemedelslista. Denna samverkan fungerar enligt de intervjuade relativt väl. De risker för patientsäkerheten vid samverkan med slutenvården som uppmärksammas är att informationsöverföringen från akutsjukvården kan vara bristfällig. Socialstyrelsen vill framhålla vikten av att en upprättad rutin för samordnad vårdplanering enligt SOSFS 2005:27 säkerställer möjligheter för planering av och förberedelser för patienternas fortsatta hälso- och sjukvård i verksamheten.

Verksamheten saknar en dokumenterad rutin för informationsöverföring i de fall patienterna anländer från det egna hemmet till verksamheten. Sjuksköterskan tar rutinmässigt kontakt med distriktssköterska och eftersöker behandlande läkare för att få tillgång till aktuell läkemedelslista och eventuella journaler. När det gällde de äldre som anländer till verksamheten för avlastning eller växelvård har sjuksköterskorna oftast inga problem med att nå behandlande läkare. Detta beror, enligt de intervjuade, på att boendet i huvudsak samarbetar med två vårdcentraler och har därför en god kontakt med vårdcentralens personal. För att ytterligare förbättra samverkan med primärvården kommer en samverkansgrupp att påbörja arbetet med att utveckla rutinerna för samverkan.

Socialstyrelsen förutsätter att verksamhetschefen upprättar rutiner för informationsöverföring avseende de patienter vars behandlande läkare inte finns i verksamheten.

I verksamheten finns rutiner för överföring av information genom muntlig och skriftlig rapportering mellan sjuksköterskor och vårdpersonal, samt genom fastställda möten med arbetsterapeut och sjukgymnast. Vårdpersonalen har tillgång till omvårdnadsjournalen. Alla intervjuade anser att rutinerna för den interna informationsöverföringen fungerar tillfredsställande. Socialstyrelsen bedömer att verksamheten har en väl fungerande rutin för den interna informationsöverföringen.

Dokumentation och vårdplanering

Enligt 3 §, Patientjournallagen (1985:562), skall en patientjournal innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Enligt p 17, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:20) om patientjournallagen, skall omvårdnadsdokumentationen, utifrån patientens individuella behov, beskriva vårdens planering, genomförande och resultat. Dokumentationen skall utformas så att den bidrar till att trygga patientens säkerhet och ge ett underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av

omvårdnadsinsatserna. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:10) om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård, skall denne bl.a. tillse att den finns rutiner för individuell vårdplanering.

MAS har, enligt de intervjuade, fastställda rutiner för vårdplanering. Vilka som deltar i vårdplaneringen varierar allt efter behov, till exempel kontaktperson, läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut. Verksamhetschefen MAS, enhetschef och sjuksköterska uppskattar att alla av de nu boende på korttidsboendet har en individuell vårdplan. De uppger även att det i vårdplanen ingår riskbedömningar avseende olika risker, såsom fall, trycksår mm. Omvårdnadsjournalen förs i dataprogrammet Omsorg 2000. I de tre omvårdnadsjournaler som Socialstyrelsen granskar finns individuell vårdplan i samtliga. Riskbedömning med hjälp av Nortonskalan finns i en journal.

Socialstyrelsen bedömer att dokumentationen i omvårdnadsjournalerna uppfyller regelverkets krav.

Insatser, tillgänglighet och kompetens

Enligt 2 e §, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), skall det där det bedrivs hälso- och sjukvård finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges.

Verksamheten säkerställer att personalen har tillräcklig kompetens i relation till de boendes behov, enligt verksamhetschefen, genom att upprätta utbildningsplaner för verksamheten. Personalen som intervjuas uppger att de har kännedom om utbildningsplaneringen.

Sjuksköterskorna tillhör verksamheten. Under dagtid bemannas boendet med en sjuksköterska. På kvällar och helger finns sjuksköterskan övergripande på Solberga äldreboende. Sjuksköterskans funktion och uppdrag beskrivs av de intervjuade som arbetsledare för personalen, omvårdnadsansvarig samt samordnare av hälso- och sjukvården. Alla intervjuade anser att sjuksköterskekompetensen är tillräcklig i relation till de boendes behov. I verksamheten delegeras överlämnande av iordningställda läkemedel, administration av insulin med penna, spolning av katetrar och viss såromläggning. Sjuksköterskan säkerställer att detta utförs på korrekt sätt genom att hon finns i verksamheten och fortlöpande kan följa upp att delegerade arbetsuppgifter utförs på ett korrekt sätt. En gång per år följs delegeringen alltid upp. De intervjuade uppger att inga uppenbara risker för patientsäkerheten identifierats med anledning av sjuksköterskeresurser och organisation.

Sjukgymnast finns tillgänglig för korttidsboendet ca 25 % av en heltid och har som uppdrag att handleda personal, ADL-bedömningar och ansvar för vissa hjälpmedel m.m. Arbetsterapeut finns tillgänglig för korttidsboendet ca 25% och har som uppdrag att göra ADL-bedömningar, handledning av personal, ansvar för vissa hjälpmedel m.m. Dessa resurser bedöms av alla intervjuade som tillräckliga i relation till de boendes behov. De upplever

inga uppenbara risker för patientsäkerheten med anledning av resurser och organisation av rehabiliteringen.

Läkarinsatserna på korttidsboendet tillhandahålls av ASIH Långbro Park. För de patienter som vistas på boendet p.g.a. avlastning och växelvård är tidigare behandlande läkare ansvarig för läkarinsatserna. Om vårdbehovet förändras under tiden på boendet, ansvarar ASIH för akuta insatser och behandlande läkare för övriga insatser. Sjuksköterskorna kontakter behandlande läkare via telefon. Sjuksköterskan har tillgång till läkarjournalen. De intervjuade uppger att de inte har identifierat några uppenbara risker för patientsäkerheten med anledning av resurser och organisation av läkarinsatserna.

Socialstyrelsen bedömer att bemanningen av hälso- och sjukvårdspersonal är tillräcklig för att tillgodose patienternas vårdbehov.

Läkemedelshanteringen

Enligt 2 kap. 2 §, och 1 kap 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården, skall MAS fastställa ändamålsenliga rutiner och entydigt fördela ansvaret för läkemedelshanteringen inom verksamhetsområdet. Rutinerna och ansvarsfördelningen skall dokumenteras i en lokal instruktion för läkemedelshantering. MAS skall fortlöpande följa upp läkemedelshanteringen inom verksamhetsområdet och säkerställa att rutinerna och ansvarsfördelningen tillgodoser kvaliteten och säkerheten i vården.

I verksamheten finns en dokumenterad lokal instruktion för läkemedelshantering. Denna innehåller beskrivning av ansvar och hantering för iordningsställande och överlämnande av läkemedel vid korttidsboendet. Läkemedelslista var fastställd som ordinationshandling, vilket var dokumenterat i den lokala instruktionen. Genomgång av den lokala instruktionen ingår i introduktionen av sjuksköterskor och vårdpersonal. Läkemedel tillhandahålls genom recept och ordination meddelas av läkaren via telefon och rond.

De risker för patientsäkerheten med anledning av läkemedelshanteringen som uppmärksammats var brister i informationsöverföringen när patienten skulle flytta in i boendet. För att eliminera dessa risker hade en samverkansgrupp bildats för att förbättra rutinerna.

Socialstyrelsen bedömer att läkemedelshanteringen var i enlighet med SOSFS 2000:1.

Remisshantering

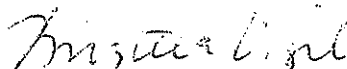
I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. framgår krav på rutiner för hantering och ansvarsfördelning.


I verksamheten finns en rutin för remisshantering. Socialstyrelsen förutsätter att verksamhetschefen i samverkan med ansvarig för läkarinsatserna tillser att nuvarande rutiner uppfyller kraven i SOSFS 2004:11.

Kommentarer

Resultatenhetschef Åke Cronander och enhetschef Ann Norén har haft tillfälle att kommentera Länsstyrelsens text.

Enligt ovan fattade beslut


Birgitta Vigil


Lena Renman

Kopia till: Pensionärsrådet i Älvsjö

Enhetschefen för Solberga korttidsenhet
Verksamhetschef för Solberga äldreboende
Medicinskt ansvarig sjuksköterska i Älvsjö stadsdel, Stockholm
Hägerstens stadsdelsnämnd, Stockholm
Bromma stadsdelsnämnd, Stockholm
Kungsholmens stadsdelsnämnd, Stockholm
Liljeholmens stadsdelsnämnd, Stockholm
Enskede-Årsta stadsdelsnämnd, Stockholm
Vantörs stadsdelsnämnd, Stockholm
Äldreinspektörerna i Stockholm

Yttrande ang Länsstyrelsens och Socialstyrelsens beslut i tillsynsärende rörande vård och omsorg samt hälso-och sjukvårdsverksamheten vid Solberga korttidsenhet i Älvsjö.

SPR.delar länsstyrelsens syn på innehållet i omsorgen av de boende,vilket präglar alla enheter på Solberga.Vi har dock vid ett flertal tillfällen framfört det oacceptabla i att boende fortfarande tvingas dela rum och hygienutrymmen med någon de själva inte valt. Trots att det är tio år sedan den nationella Handlingsplanen för Äldrepolitiken togs av regeringen.Under planperioden har förvaltningen lovat att alla dubbelrum skall avvecklas.Vi kräver dock att detta påskyndas.

Det är dessutom vår bestämda mening att dagvårdsgäster inte skall blandas med övriga dygnetrunt boende,utan en dagvårdsenhet måste tillskapas.All erfarenhet visar att en blandning av personer med olika grad av demens,skapar oro både hos dagvårdsgäster,men inte minst hos de kvarboende.Med hänyn till regeringens utfästelse att tillföra medel till äldrevården och i synnerhet till de demenssjuka förväntar SPR att man går från ord till handling när det gäller de demenssjukas situation.

När nu Långbroberg skall fortsätta som serviceboende kunde en dagvårdsenhet placeras där i redan nu tomställda lokaler.

Dessutom yrkar vi att en synlig kod genast sätts upp i anslutning till enhetens lås,enl.de bestämmelser som funnits sedan flera år tillbaka...

De felaktigheter som påpekas i rapporten ang.biståndsbeslut,sociala dokumentationen , att det saknas en målbeskrivning för Hälso-och sjukvården m.m .förutsätter vi att de snarast åtgärdas och avrap. I SPR.

Eva Sahlin
ordf.

Sven Fransson
v.ordf.

(

(

(

(