



Göteborgs Stad

Angered

Tjänsteutlåtande

Utfärdat 2014-10-23
Diarienummer N131-
0046/14

Sektor Äldreomsorg samt Hälso- och sjukvård

Jörgen Abrahamsson
Telefon 031-365 10 66
E-post: jorgen.abrahamsson@angered.goteborg.se

Redovisning till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om bemanning vid äldreboenden Dnr 8.2-42959/2013

Ärendet

IVO har i beslut 2014-09-30 utifrån stadsdelsnämndens svar på ett klagomål från anhöriga begärt förtydliganden från nämnden i form av den redovisning av hur nämnden säkerställer att bemanningen är tillräcklig under hela dygnet.

Förslag till beslut

Stadsdelsnämnden översänder upprättat tjänsteutlåtande till IVO som eget yttrande.

Stadsdelsnämnden förklarar paragrafen omedelbart justerad.

Bakgrund

Ett klagomål inkom till IVO den 8 november 2013 från anhöriga till en boende vilken vid några tillfällen fallit och även i fall skadats så att sjukhusvistelse varit nödvändig. De anhöriga kände oro för situationen om natten på äldreboendet eftersom de ansåg bemanningen vara för låg. Nämnden har tidigare beskrivit vilka åtgärder som vidtogs i samband med händelsen och IVO kräver nu ett förtydligande avseende hur nämnden säkerställer att dygnsbemanningen är tillräcklig.

Förvaltningens åtgärder

Förvaltningen har i det aktuella fallet i grunden agerat utifrån hur behovsbilden för den enskilde upplevts. De åtgärder som har vidtagits utifrån behovsbilden har byggts på vad som upplevts som motiverat. Förvaltningens inställning är att lärdom ska dras av både positiva och negativa skeenden i verksamheten och i detta fall instämmer förvaltningen i IVO:s inställning att en översyn behöver göras avseende hur risksituationen för den enskilde ser ut inför och under boendet och utifrån risksituationen vilka insatser som ska vidtas.

IVO:s krav på redovisning kan delas upp i fyra tydliga delar. Grundbemanning dagtid respektive extrabemanning vid särskilda situationer och grundbemanning nattetid respektive extrabemanning vid särskilda situationer. Avseende grundbemanningen dagtid kan inte några synpunkter på denna utläsas i IVO:s beslut och förvaltningen ser inte någon anledning att utifrån egen bedömning göra någon förändring. Avseende grundbemanningen nattetid har IVO synpunkten att det inte är god kvalitet att enheten lämnas obemannad nattetid. Förvaltningen instämmer i att om beskrivningen med

åtföljande implikationer stämmer – att det inte finns någon personal med kontroll över vad som händer på enheten – så är det inte god kvalitet. Däremot ser förvaltningen det som fortsatt god kvalitet om enhetens undersköterska tillfälligt lämnar enheten under kontrollerade former, vilket innebär att inställelse vid till exempel larm kan ske efter kort tid och fortlöpande tillsyn sker. I denna del behöver klargöranden av rutiner göras och i viss mån har rutinförändringar gjorts. Därmed innebär gällande rutin att i stadsdelens äldreboenden ska den undersköterska som lämnar enheten meddela undersköterska på annan enhet att så sker samt ta med larmmottagare. Härigenom skapas en beredskap. Undersköterskan ska också meddela vid återkomst. Därigenom avslutas beredskapsbehovet. De boende bär med sig sitt larm och skulle ett larm utlösas under tiden undersköterskan är på annan enhet ska primärt larmsystemets funktion användas och den larmande boende ringas till för att klargöra larmorsaken och prioritetsbedöma. Om det behövs ska utifrån samtalet med den boende eller om det inte går att kontakta den boende, undersköterskan i beredskap ringas för att följa upp larmet. Skulle undersköterskan i beredskap inte få meddelande om återkomst inom rimlig tid ska en tillsyn ske på enheten. Rutinen för meddelande gäller även i det fallet. Även boende som inte önskar larmtillsyn får på detta sätt samma tillsynsfrekvens under undersköterskans besök på annan enhet som om besöket inte hade skett. Alla boende har på detta sätt en säkrad tillgång till vård- och omsorgspersonal när behov av tillsyn, stöd och hjälp föreligger eller uppstår.

I anslutning till detta anser förvaltningen det orimligt i ett brukarperspektiv att inte ta vara på de fall där de anhöriga aktivt erbjuder sig att närvara i samband med tillfällen som den äldre upplever svåra som vid flyttningar, vid tunga besked eller i samband med vak. Detta innebär naturligtvis inte att grundbemanningen kan minskas.

Speciella händelser kan inträffa som kräver en bedömning av om ytterligare personalresurs behöver tillsättas för att säkra god kvalitet och i normalfallet finns underlag för denna bedömning genom personlig kännedom, i social dokumentation eller genom kunskap om medarbetare och verksamhet. Däremot kan det finnas brister i den kunskap som finns om en ny boende och hur den boende upplever och reagerar på den nya miljön. Förvaltningen ser det som viktigt att bättre säkra den ömsesidiga kunskapen och förväntan i samband med inflyttningen. Avseende den boende har förvaltningen bestämt att en reviderad form av den riskbedömningsrutin som används i hemtjänsten ska användas inför inflyttningen. En medarbetare avdelas att senast inflyttningsdagen utföra denna riskanalys och en förberedande behovsinventering. En ömsesidig kunskap skapas på det sättet inför att genomförandeplanen upprättas inom två veckor från inflyttandet.

Den sålunda gjorda riskbedömningen ska vägas mot erfarenheten att flyttning till en ny miljö i vissa fall kan innebära ökad oro och osäkerhet och därmed förstärka de risker som riskbedömningen visar. Utifrån riskbedömningen kan tre scenarior urskiljas. Vanligen sker inflyttningen utan att någon direkt insats utöver en mer frekvent tillsyn behöver ske. I vissa fall kan viss osäkerhet bestå även om till exempel riskbedömningen säger något annat. I sådana fall ska hemtjänstens nattpatrull aviseras för att det ska finnas beredskap om något skulle hända. Slutligen finns situationen där risken för fall eller andra händelser bedöms så stor att extra personal direkt inkallas. På så sätt bedöms den verksamhetsanpassade bemanningen säkrad.

För att minska konsekvensen vid fallrisker har förvaltningen beslutat att det ska finnas låghöjdssängar tillgängliga på boendena, vilka kan sättas in vid sådana speciella situationer. Som en positiv deffekt vid situationer med till exempel fallrisk så kan den av Göteborgs kommun beslutade möjligheten för den enskilde att välja kameraövervakad tillsyn också bidra till att undersköterskan får en snabbare bild av situationen vid ett larm. Denna möjlighet förutsätter dock ett medgivande.

Förvaltningen bedömer att med dessa rutiner säkras att bemanningen både under dag och natt för att tillgodose god kvalitet på tillsyn och omsorg.

Samråd

Pensionärsråd den 27 november 2014.

Samverkan

Information Lokal Samverkansgrupp den 19 november 2014.

Stadsdelsförvaltningen Angered

Babbs Edberg
Tf. Stadsdelsdirektör

Magnus Andersson
Sektorschef

Bilaga: Åtgärdsbeslut från IVO

Avdelning sydväst
Pernilla Hedin
Pernilla.Hedin@ivo.se

Göteborgs Stad Angered
Box 34
424 21 ANGERED

ANKOM

2014 -10- 01

GÖTEBORGS STAD
ANGERED

Nämnd

Göteborgs Stad, SDN Angered

Anmälare

Enskild person, anhöriga.

Ärendet

Klagomål om bristande omhändertagande vid Lövgårdets äldreboende i Angered Göteborg.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ställer följande krav på åtgärd:

- Redovisning hur nämnden säkerställer att bemanningen är tillräcklig under hela dygnet.

Redovisningen ska ha inkommit till IVO senast den 1 december 2014.

Bakgrund

Den 8 november 2013 inkom ett klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om brister i omhändertagandet av en enskild på Lövgårdets äldreboende i Angered. Av klagomålet framkommer att anhöriga direkt efter att den enskilde flyttat till Lövgårdets äldreboende den 25 september 2013 känner en oro för situationen om nätterna på äldreboendet. Anhöriga uppger att bemanningen nattetid består av en vård- och omsorgspersonal som ansvarar för två enheter. Denna vård- och omsorgspersonal lämnar ibland enheterna obemannade för att hjälpa till på en tredje enhet. Anhöriga uppger att den enskilde ofta är uppe nattetid. Efter cirka två veckor på äldreboendet faller den enskilde vid ett flertal tillfällen på natten och ådrar sig en höft fraktur och en luxerad axel. Den enskilde får efter sjukhusvistelsen ett ökat omvårdnadsbehov vilket innebär hjälp vid alla förflyttningar, hjälp med all personlig omsorg, försämrad sömn och ökad motorisk oro.

Anhöriga uppger i klagomålet att de vid upprepade tillfällen har varit i kontakt med enhetschefen på Lövgårdets äldreboende för att finna en lösning på bemanningen nattetid i syfte att den enskilde ska kunna bo kvar där i trygghet. I klagomålet uppges att en av de anhöriga i mån av ork vistas hos den enskilde nattetid. De nätter då extra personal saknas vistas alltid anhörig hos den enskilde. Anhöriga ställer i klagomålet frågan hur de kan få gehör för ökad bemanning nattetid.

Underlag

- Anmälan
- Nämndens yttrande
- Lex Sarah utredning
- Dokumentation i form av utredning gällande äldreboende, genomförandeplan, omvårdnadsplan, riskbedömning fall, arbetsanteckningar
- Journalanteckningar HSL
- Rutin för rapportering av avvikelser, missförhållanden, synpunkter och klagomål samt avvikelserapport
- Avvikelsehantering inom hälso- och sjukvården

Redovisning av tillsyn

Nämndens yttrande

Av nämndens yttrande framgår att den enskilde efter att ha bott på Lövgårdets äldreboende i två veckor faller tre nätter i rad varav den tredje natten vid fyra tillfällen. Överrapportering görs till sjuksköterska, men då den enskilde sover och inte uppfattas ha ont så görs ingen undersökning direkt. Efter ytterligare ett fall undersöks den enskilde av sjuksköterska som misstänker en fraktur och ambulans tillkallas. På sjukhuset konstateras en luxation i axeln och en höftfraktur. Enhetschefen har tiden efter den enskildes hemkomst från sjukhus ett antal samtal med anhöriga och extra vård- och omsorgspersonal sätts in. Remiss skrivs till BPSD-teamet (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) och en anpassad aktivitets pärm upprättas i syfte att den enskilde tillsammans med vård- och omsorgspersonal ska kunna aktivera sig mer på dagtid för att kunna sova bättre på nattetid. En omvårdnadsplan upprättas också utifrån de omvårdnadsinsatser BPSD-teamet föreslagit.

Bemanning

I samband med att den enskilde kommer hem från sjukhuset tillsätts extra vård- och omsorgspersonal för att ledsaga den enskilde i syfte att

förhindra ytterligare fall. Vid något tillfälle när nattpersonal inte har kunnat rekryteras har anhörig, enligt överenskommelse, meddelats. Anhörig har då kunnat sova över hos den enskilde. Grundbemanningen på enheten består av utbildade undersköterskor. Mellan kl. 21.00 och 07.00 tjänstgör en vård- och omsorgspersonal på den aktuella enheten och han/hon ansvarar då även för intilliggande demensenhet med elva vård- och omsorgstagare. Sammanlagt ansvarar vård- och omsorgspersonalen nattetid för 19 vård- och omsorgstagare. När någon vård- och omsorgstagare behöver hjälp av två vård- och omsorgspersonal samarbetar nattpersonalen med personal på våningsplanet ovanför.

På äldreboendet tillämpas verksamhetsanpassad bemanning vilket innebär att enheten kan bemannas med extra personal vid hög vårdtyngd. Under perioden 16 oktober 2013 till och med 31 december 2013 rekryteras i förebyggande syfte extra personal från förvaltningens bemanningsenhet vid 33 olika tillfällen dagtid, 45 olika tillfällen kvällstid och vid 45 olika tillfällen nattetid. Utöver rekrytering vid bemanningsenheten har vård- och omsorgspersonalen på närliggande enhet gjort ett antal arbetspass, dag och natt, på den aktuella enheten för att möta den ökade vårdtyngden. Behovet av extra vård- och omsorgspersonal har successivt minskat och från början av januari 2014 rekryteras inte någon extra personal. Extra tillsyner av ordinarie vård- och omsorgspersonal både dag, kväll och natt gäller fortfarande.

Den enskilde bedöms inte förstå hur en larmklocka används och har därför ingen sådan men det finns ett rörelselarm i lägenheten som är aktiverat kväll och natt. Alla lägenheter är försedda med dörrlarm liksom dörren in till avdelningen.

Insatser från andra professioner

Verksamhetens sjuksköterska har i samarbete med arbetsterapeut och sjukgymnast upprättat en riskbedömning för fall den 25 oktober 2013. Den enskilde har efter detta fått en extra låg säng med stödhandtag. Anhöriga har godkänt att sänggrindar används nattetid. Ett kedjetäcke har köpts in och rörelselarm är installerat.

Ett samarbete med BPSD-teamet startade under hösten/vintern 2013. Teamet har besökt den enskilde, haft ett gemensamt möte med anhöriga, personal och enhetschef vilket resulterar i en omvårdnadsplan som komplement till genomförandeplanen. Omvårdnadsplanen följs upp en gång i månaden tillsammans med anhöriga.

Förvaltningens överväganden

Förvaltningen uppger i yttrandet att en lex Sarah anmälan över händelsen är lämnad till IVO och att det av den framgår vilka åtgärder som vidtagits för att säkerställa att liknande händelser inte inträffar igen. Åtgärderna är diskuterade och överenskomna med verksamheten och förvaltningen bedömer dem som tillräckliga i det aktuella fallet. Därutöver har förvaltningen uppmärksammat att verksamheten inte alltid har förmåga att lära av de erfarenheter som finns i de Lex Sarah utredningar som tidigare genomförts. För att förbättra detta kommer förvaltningen under 2014 som en del i internkontrollen följa upp de åtgärder som tidigare lex Sarah utredningar utmynnat i och undersöka om de åtaganden som gjorts har infriats. På detta sätt bedömer förvaltningen att även de åtgärder som redovisas i Lex Sarah utredningen får en bättre effekt.

Dokumentation*Utredning gällande ansökan om äldreboende*

Det framkommer i utredningen att den enskilde har Alzheimers sjukdom. I utredningen beskrivs att konsekvenserna av sjukdomen bland annat yttrar sig genom att den enskilde har tappat det svenska språket och idag även har svårt att hitta rätt ord på sitt modersmål. Den enskilde har vissa nätter svårt att komma till ro och somna. Det framkommer också att den enskilde är motoriskt mycket rörlig och har börjat få problem med yrsel.

Lex Sarah utredning

Enligt lex Sarah utredningen var det en mycket stressande situation på enheten den aktuella natten. Vikarierande nattpersonal får vid rapporten information om att den enskilde är mycket orolig och att vård- och omsorgspersonal behöver svara direkt när rörelselarmet aktiveras och dessutom göra tillsyner där emellanåt. Den enskildes rörelselarm aktiveras redan under rapporteringen och därför blir överrapporteringen avbruten och rörlig. Den enskilde faller vid fem tillfällen under natten och morgonen. Vid ett av tillfällena är den vikarierande nattpersonalen på en annan enhet och får lämna arbetet där för att kunna hjälpa den enskilde. Sjuksköterska kontaktas inte förrän på morgonen av dagpersonalen angående att den enskilde fallit vid flera tillfällen under natten. Vidare framkommer det att den enskilde varit mycket orolig, varit vakna vissa nätter och då gått upp ur sängen. Det var känt att det fanns en stor fallrisk för den enskilde men ingen dokumenterad riskanalys gjordes i samband med att den enskilde flyttade in på äldreboendet.

Skälen för beslutet

Tillämpliga bestämmelser

- 2 kap. 6 § Regeringsformen
- 3 kap. 3 §, 5 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL
- 1 kap. 1 §, 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetssystem

Bedömning

I klagomålet framförs missnöje med bemanningen nattetid då den enskilde har svårt att sova och ofta är uppe på nätterna. Den enskilde har fallit vid flera tillfällen de första veckorna efter att ha flyttat till Lövgärdets äldreboende. Anhörig uppger att de upprepade gånger kontaktat enhetschefen för att finna en lösning på bemanningen nattetid i syfte att den enskilde ska kunna bo kvar i trygghet. Efter att ha bott på äldreboendet i två veckor drabbas den enskilde av en höftfraktur och luxerad axel efter att ha fallit på natten.

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Nämnden uppger att man arbetar med verksamhetsanpassad bemanning vars syfte är att kunna möta ökad vårdtyngd. I redovisningen uppges att det var känt att det fanns en stor fallrisk för den enskilde men bemanningen utökades först efter att den enskilde fallit och skadat sig. Att nämnden inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa vården och omsorgen för den enskilde anser IVO vara en brist. IVO vill understrika nämndens ansvar att tillse att bemanningen är tillräcklig för att vård- och omsorgstagarna ska få sina samtliga behov tillgodosedda. Avsikten med särskilt boende är att garantera att den som behöver kan få den kvalificerade tillsyn och omvårdnad som krävs. Det medför att bemanningen måste vara sådan att personalen har uppsikt över vård- och omsorgstagarna och kan ge det stöd och den hjälp de behöver. Då vård- och omsorgstagarnas individuella behov förändras över tid behöver återkommande uppföljningar göras för att säkerställa att bemanningen är tillräcklig. Nämnden ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetssy-

stem identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

IVO vill också poängtera att begränsningsåtgärder som till exempel olika typer av larm inte kan ersätta vård- och omsorgspersonal. Det framkommer i redovisningen att enheten lämnas obemannad nattetid när det finns behov av två vård- och omsorgspersonal på annan enhet. För att kunna erbjuda en trygg och säker omsorg som är av god kvalitet är det en förutsättning att det finns vård- och omsorgspersonal att tillgå när behov av tillsyn, stöd och hjälp föreligger eller uppstår. Att lägga ansvar på anhöriga när vård- och omsorgspersonal inte kan rekryteras är enligt IVO anmärkningsvärt. Det ska inom verksamheten finnas resurser för att de boende ska få den vård och omsorg som de behöver. IVO anser inte det vara god kvalitet att enheten lämnas obemannad nattetid och ställer sig kritisk till verksamhetens handlande.

Åtgärder som rörelselarm och sänggrindar och bälten får enbart användas som skydd eller hjälpmedel när den enskilde samtycker till åtgärden. Personer med demenssjukdom har inte alltid förmåga att uttrycka sitt samtycke men kan genom sina reaktioner visa hur de upplever en viss åtgärd. Detta får i sådana fall vara vägledande för ställningstagandet om huruvida samtycke föreligger eller inte. En bedömning måste göras i varje enskilt fall. Då användning av tvångsåtgärder kräver lagstöd kan inte anhöriga, god man eller förvaltare samtycka eller kräva att socialtjänsten ska använda tvångsåtgärder.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Ann Svensson. Inspektören Pernilla Hedin har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Ann Svensson



Pernilla Hedin

Kopia till: Anmälaren