

Äldre efterfrågar kontinuitet

Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre
- slutrapport 2013



Du får gärna citera Inspektionen för vård och omsorgs texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Inspektionen för vård och omsorg har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr | IVO2013-2

Foto | Leif Johansson/Bildarkivet.se

Utgiven | www.ivo.se, oktober 2013.

Förord

Regeringen gav i september 2009 Socialstyrelsen ett treårigt uppdrag för att göra en nationell tillsyn av vården och omsorgen om äldre.

Socialstyrelsen har genomfört uppdraget genom att varje år inrikta tillsynen mot olika områden med utgångspunkt i regeringsuppdraget. Granskningen skulle bland annat omfatta hur vården, omsorgen och rehabiliteringen fungerade för äldre med stora och sammansatta behov. Tillsynen skulle också koncentreras till verksamheter där det fanns indikationer om att det kunde förekomma brister eller missförhållanden. Enligt regeringsuppdraget var målet med tillsynen att förmå kommuner, landsting och enskilda verksamheter att rätta till brister och missförhållanden inom äldreomsorgen samt utveckla en vård och omsorg av god kvalitet.

Denna slutrapport hänvisar i huvudsak till Socialstyrelsen, eftersom Socialstyrelsen planerade och genomförde tillsynen. Den 1 juni 2013 övertog Inspektionen för vård och omsorg (IVO) uppdraget att sammanställa slutrapporten.

Socialstyrelsen har granskat hur både socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillgodosett äldres behov. Under hela tillsynsperioden har över tusen äldre och närstående intervjuats för att få en bild av hur de upplever vården och omsorgens innehåll. Socialstyrelsen har gjort minst en inspektion i varje kommun under den treåriga tillsynsperioden.

Samtidigt som Socialstyrelsen påbörjade tillsynen 2010 ingick regeringen en överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting (SKL). Syftet med överenskommelsen var att stödja ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete, som skulle fokusera på att höja kvaliteten och ge en mer sammanhållen vård för de mest sjuka äldre.

Många kommuner och landsting har påbörjat ett utvecklingsarbete för att förbättra samverkan och kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Där brister och missförhållanden identifierats har tillsynsmyndigheten ställt krav på vårdgivarna och huvudmännen att åtgärda dessa. Uppföljningar visar att de åtgärder som vidtagits har lett till en säkrare vård och omsorg med bättre kvalitet för de äldre, främst för dem med stora sammansatta behov.

IVO har som ny myndighet ett tydligt uppdrag att arbeta med att föra tillbaka det vi ser i tillsynsarbetet. Myndigheten planerar att löpande återkoppla tillsynsresultaten för att kunna ge aktuella lägesbilder till huvudmän som bedriver vård och omsorg. Därmed minskar behovet av rapporter och kartläggningar som spänner över långa tidsperioder och inom många och vida områden. IVO kommer att planera och genomföra fortsatt tillsyn med utgångspunkt i egen riskanalys, om inte annat följer av lag och förordning.

Margareta Florin Mæhlum, på avdelningen för analys och utveckling vid IVO, har utarbetat slutrapporten i samråd med inspektörer från myndighetens sex regionala tillsynsavdelningar: Helén Andersson, Ann Bergman, Annebritt Gustavsson, Lena Nilsson, Sylvia Norén, Marine Nyström, Eva-Lena Petersson och Katarina Bone. Även andra personer inom IVO har bidragit med synpunkter.

Gunilla Hult Backlund
Generaldirektör

Slutsatser och rekommendationer

Samtliga kommuner och landsting samt sjukvårdsregioner i landet har blivit granskade i Socialstyrelsens nationella tillsyn av vård och omsorg om äldre 2010–2012. Det finns regionala, länsvisa och kommunala skillnader i hur vården och omsorgen om äldre är organiserad och fungerar. Skillnaderna är särskilt tydliga när det gäller samverkan, informationsöverföring och äldres erfarenheter av vård och omsorg. Även frågor om bemanning, fysisk miljö samt handläggning och dokumentation hanteras olika.

De allra flesta verksamheter som varit föremål för tillsynen har genomfört förändringar och förbättringar för att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Flertalet äldre är också nöjda och visar stor tacksamhet för den hjälp de får av både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

IVO:s rekommendationer i denna slutrapport ska fungera som ett stöd för beslutsfattare och utförare i vården och omsorgen om äldre i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Rapporten visar att personalen gör stora ansträngningar i det dagliga arbetet. Det har också skett en positiv utveckling på området sedan Socialstyrelsen påbörjade tillsynen 2010. Regeringen har bland annat gjort en särskild satsning på de mest sjuka äldre, som utmynnat i olika uppdrag och projekt. Men av tillsynsresultatet framkommer det samtidigt brister som inverkar på de äldres livskvalitet. För att vården och omsorgen ska bedrivas med patientsäkerhet, kontinuitet och kvalitet rekommenderar IVO vårdgivare och huvudmän att fortsätta utvecklingen och planeringen både i samverkan och i den egna verksamheten genom att:

- ⊕ bättre samordna resurserna med ett helhetsperspektiv på den äldre, inte minst med avseende på rehabilitering
- ⊕ alla aktörer bidrar till fungerande vårdkedjor för in- och utskrivning från sjukhus
- ⊕ öka den äldres delaktighet och därmed ta hänsyn till hans eller hennes rättigheter – den äldre ska bland annat få information men också tydliga beslut som i förekommande fall går att överklaga
- ⊕ ge en mer individuellt utformad vård och omsorg utifrån den äldres behov av trygghet och meningsfullhet
- ⊕ skapa en fysisk miljö som garanterar den äldres integritet och trivsel samt förhindrar smittspridning
- ⊕ bedriva ett aktivt systematiskt kvalitetsarbete som blir en naturlig del av personalens arbete
- ⊕ arbetet organiseras så att personalkontinuitet uppnås, och att det finns kompetens som tillgodoser den äldres behov av vård och omsorg
- ⊕ ge personalen förutsättningar att utföra sina arbetsuppgifter

IVO bedömer även att bestämmelserna om vårdplanering behöver ses över.

Sammanfattning

IVO redogör här i korthet för några av de problemområden som Socialstyrelsen uppmärksammat i tillsynen.

Samverkan och informationsöverföring

- Bestämmelserna om vårdplanering är inte helt anpassade till den utveckling som har skett inom hälso- och sjukvården med bland annat kortare vårdtider.
- Fokus vid den samordnade vårdplaneringen förefaller hamna på betalningsansvar i stället för på en säker vård och omsorg med tydlig ansvarsfördelning.
- Det är ovanligt att mottagande verksamheter i öppenvården och inom äldreomsorgen får uppgifter om läkemedel eller annan viktig information om den äldre senast samma dag som han eller hon skrivs ut från sjukhuset.
- Sjukgymnaster och arbetsterapeuter blir sällan kallade till vårdplanering.
- Det ställs stora krav på personalen att informera och samordna insatserna när det finns flera aktörer med olika ansvar och uppdrag runt den äldre, särskilt i de delar av landet som har många privata utförare av vård och omsorg.
- Det finns risker för brister i informationsöverföring och patientsäkerhet vid utskrivning inför kvällar eller helger.

Många aktörer ställer höga krav på samverkan

Äldre personer med stora, sammansatta behov av vård och omsorg är ofta omgivna av en mängd olika aktörer och personal. Det är en utmaning för dessa aktörer och personal att samordna vården och omsorgen så att patientsäkerhet, kontinuitet och kvalitet garanteras. Det ställer också höga krav på informationsöverföringen.

Svårt att tillämpa bestämmelserna för vårdplanering

Bestämmelserna om vårdplanering och informationsöverföring är inte anpassade efter dagens förhållanden. Nya metoder har inneburit att vårdtiderna kan kortas ned, och alltmer av den vård och behandling som tidigare krävde den slutna vårdens resurser kan skötas i öppenvården. Vårdplaneringen genomförs i regel parallellt med den medicinska utredningen. Det får till följd att det vid vårdplaneringstillfället inte alltid går att fastställa till exempel vilka läkemedel, behandlingar eller hjälpmedel den äldre behöver vid utskrivningen. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter blir heller inte alltid kallade till vårdplaneringen med risk att rehabilitering försenas eller uteblir.

Överföring av information mellan den slutna vården, öppenvården och socialtjänsten fungerar inte tillräckligt bra. Rutinerna tillämpas inte och IT-systemen fungerar inte fullt ut. Det försvårar planeringen och ansvarsfördelningen av den fortsatta vården och behandlingen av den äldre inför utskrivning från sjukhus. Uppgifter om omvårdnadsbehov och läkemedelsordinationer riskerar att inte följa med från en instans i vård- och omsorgskedjan till nästa, eller blir starkt försenade. När personalen försöker lösa informationsöverföringen på andra sätt kan det finnas en risk för att det stjäl tid från själva vården om den äldre. Sammantaget blir det därför svårt att uppfylla bestämmelsernas syfte: att ge patientsäker vård och god omsorg med en helhetssyn på den äldre.

Bemanning och kompetens

- Det är svårt att rekrytera personal med rätt kompetens.
- Närmare hälften av de granskade särskilda boendena gjorde inte riskanalyser avseende patientsäkerheten inför sommarsemestrarna.
- Rehabilitering och aktiviteter i vardagen riskerar att bli eftersatta.
- Oavsett anställningsform fick vikarierna introduktion i arbetet.

Svårigheter att rekrytera personal med kompetens inverkar på den äldre

Bristande kompetens och personalkontinuitet i kombination med en bemanning som inte är organiserad så att den är anpassad till de äldres behov av vård och omsorg utgör inte bara en patientsäkerhetsrisk, utan även en risk för att intentionerna och bestämmelserna i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen åsidosätts.

Det behövs bättre möjligheter till rehabilitering

Det finns många möjligheter att hjälpa den äldre att bli mer tillfreds och självständig i sin vardag. Rehabilitering men även uppmuntran och stimulans till aktivitet är några viktiga inslag i sammanhanget. Men sjukgymnaster och arbetsterapeuter får inte alltid förutsättningar att bedöma och följa upp enskilda äldre personer eller att handleda och stödja hemtjänstpersonalen.

Personalen upplever i sin tur ofta att de inte har tid att utföra rehabiliterande insatser. Då uppstår en stor risk att rehabiliteringen blir eftersatt. Det leder till sämre livskvalitet för den enskilde och ofta till ett större omsorgsbehov under längre tid än vad som annars hade varit fallet.

Handläggning och dokumentation i vård och omsorg

- En fjärdedel av de granskade kommunerna kunde inte garantera rättssäkerheten för den äldre.
- I en handfull kommuner saknades journaler enligt socialtjänstlagen.
- Det saknades ofta dokumentation enligt socialtjänstlagen, vilket gjorde det svårt att hämta information om den äldres situation och följa hur behoven tillgodosågs.
- Genomförandeplaner gav otillräcklig information och användes inte som ett redskap i det dagliga arbetet.

- I utformning av genomförandeplaner framgick sällan att den äldre varit delaktig.
- Det förekom att de granskade patientjournalerna saknade uppföljning av planerade och genomförda åtgärder.

Får de äldre det de har rätt till?

Många av de problem som tidigare tillsyn pekat på när det gäller dokumentation enligt socialtjänstlagen har i Socialstyrelsens tillsyn 2010–2012 konstaterats vara desamma. Problematiken är utbredd. En tredjedel av Socialstyrelsens beslut berörde krav på åtgärder kring handläggning av beslut och dokumentation i genomförandet av insatsen.

Det finns en uppenbar risk att den äldres rättigheter inte tillgodoses. Den äldre får inte tillräcklig information om att ansöka om andra insatser än de som ingår i kommunens utbud av tjänster. När han eller hon i förekommande fall heller inte får ett formellt avslagsbeslut försvinner möjligheten att överklaga. Det var ovanligt med beslut som specificerade vilka insatser den äldre behövde eller hade rätt till på det särskilda boendet. I praktiken blir det utföraren som väljer vilka insatser den äldre ska få. Risken blir då att insatserna utgår från verksamhetens resurser i stället för den äldres behov. Dokumentationen i verksamheterna visade i allt för liten grad på en helhetsbild av den äldres behov och situation. Det framgick sällan hur insatserna skulle genomföras. Viktiga händelser antecknades inte i tillräcklig utsträckning. Det är främst i journalanteckningar enligt socialtjänstlagen det saknas en uppföljning av planerade och genomförda åtgärder, men det förekommer även i sjuksköterskornas hälso- och sjukvårdsdokumentation. Det innebär att dokumentationen inte ger tillräcklig information om den äldre får det han eller hon behöver och har rätt till.

Systematiskt kvalitetsarbete

- Det fanns rutiner för avvikelshantering i äldreomsorgen men det saknades system att ta tillvara avvikelser.
- Synpunkter och klagomål från de äldre och deras anhöriga togs inte alltid tillvara i utvecklingsarbetet inom socialtjänsten.
- Hälften av vård- och omsorgspersonalen saknade tillräcklig kännedom om sin rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah.
- Personal avstod från att meddela avvikelser när återkopplingen var bristfällig.
- Avvikelsehanteringen i samverkan mellan olika huvudmän och vårdgivare försvårades när många aktörer var involverade och gemensamma avvikelssystem saknades.

Brister och missförhållanden rapporteras inte alltid

Närmare hälften av den vård- och omsorgspersonal som intervjuats visste inte hur de skulle rapportera avvikelser. Personal uppgav att de ibland avstod från att meddela avvikelser för att de inte upplevde att de får återkoppling om vidare åtgärder från ansvariga för verksamheten. Det är därför fullt möjligt att det finns risker och negativa händelser som inte uppdagas och som därmed inte åtgärdas. Då

finns inte heller allt det underlag som behövs för att dra lärdom av och förbättra verksamheten.

Äldres synpunkter på vården och omsorgen

- De allra flesta äldre är nöjda med den hjälp de får av både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.
- De äldre upplever bristande personalkontinuitet med många olika personer att förhålla sig till.
- Många äldre vill ha mer individuellt anpassade aktiviteter av enklare karaktär, t.ex. promenader eller en pratstund.
- Det förekommer att den fysiska miljön vid särskilda boenden inte är anpassad till de äldres behov, t.ex. tvingas äldre dela rum och hygienutrymmen.

Äldre efterfrågar kontinuitet

Tidigare tillsynsresultat och andra undersökningar visar att en stor andel äldre är nöjda med den vård och den omsorg de får. De äldre visar stor tacksamhet. Den bilden bekräftas även i den här tillsynen. Men det finns också äldre som upplever otrygghet. Resultatet indikerar att de äldre inte alltid får det de behöver och har rätt till.

En god vård och omsorg bygger bland annat på att den äldre känner sig trygg och upplever kontinuitet i vardagen. Särskilt äldre med komplexa vårdbehov och äldre med demenssjukdomar kräver att insatserna är individuellt anpassade och förutsägbara.

Att få möta samma person eller ett mindre team under en längre period kan göra att den äldre känner sig tryggare. Det ökar också möjligheterna att tidigt uppmärksamma ett försämrat hälsotillstånd hos den äldre. En femtedel av de äldre med stora sammansatta behov upplevde att de hade alltför många personer att förhålla sig till, och att personalen sällan hade tid att stanna upp och prata en liten stund.

Kontinuitet, kompetens och kommunikation är viktiga faktorer för att de äldre ska känna sig trygga med personalen. Men trygghet handlar också om att ha kontroll över sin vardag genom delaktighet och inflytande över när och hur omvårdnaden ska utföras. Många äldre upplevde att de fick anpassa sig efter personalens schema.

Den fysiska miljön är bristfällig – krav på värdighet och integritet åsidosätts

Äldreomsorgen ska värna om den enskildes rätt till privatliv och integritet. Trots detta förekommer det att äldre tvingas dela rum och hygienutrymme med en annan person. Det förekommer främst på korttidsboenden, men även i särskilt boende. Förutom att kraven om att visa respekt för den äldres integritet är svåra att uppfylla finns det risk för att bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt inte kan tillämpas. Det finns också en risk för smittspridning, eftersom äldre som bor och vårdas på särskilda boenden ofta har ett nedsatt allmäntillstånd som medför ökad mottaglighet för smitta.

Innehåll

Förord	3
Slutsatser och rekommendationer	4
Sammanfattning.....	5
Samverkan och informationsöverföring	5
Många aktörer ställer höga krav på samverkan	5
Svårt att tillämpa bestämmelserna för vårdplanering	5
Bemanning och kompetens	6
Svårigheter att rekrytera personal med kompetens inverkar på den äldre	6
Det behövs bättre möjligheter till rehabilitering	6
Handläggning och dokumentation i vård och omsorg.....	6
Får de äldre det de har rätt till?	7
Systematiskt kvalitetsarbete	7
Brister och missförhållanden rapporteras inte alltid	7
Äldres synpunkter på vården och omsorgen	8
Äldre efterfrågar kontinuitet	8
Den fysiska miljön är bristfällig – krav på värdighet och integritet åsidosätts	8
Inledning	12
Om regeringsuppdraget.....	12
Utgångspunkter för tillsynen	13
Disposition.....	13
Tillsynens resultat	14
Samverkan och informationsöverföring	14
Iakttagelser i korthet:	15
Bestämmelserna om vårdplanering är inte helt anpassade till verkligheten	15
Möjligheter men också hinder med dagens IT-system.....	16
Vid utskrivning saknas ofta uppgifter om läkemedel	17
Planering vid utskrivning görs ofta utan sjukgymnast och arbetsterapeut	17
Rutiner för informationsöverföring och vårdplanering fungerar inte alltid i praktiken.	18
Bemanning och kompetens	19
Iakttagelser i korthet:	20
Svårigheter att rekrytera personal	20
Få riskanalyser gjordes inför sommarsemesterna	21
Rehabilitering och aktiviteter i vardagen riskerar att bli eftersatta.....	22
Vikarier får tillräcklig introduktion.....	22

Rätt bemanning för att tillgodose den äldres behov och önskemål.....	23
Handläggning och dokumentation i vård och omsorg.....	24
lakttagelser i korthet:	24
Kommunen brister i att informera om de rättigheter som den äldre har.....	24
De flesta har en genomförandeplan men det kan bli bättre	25
Den äldres delaktighet framgår inte av genomförandeplanen	26
Det är svårt att följa den äldres behov i dokumentationen	26
Personalens behöver få förutsättningar att dokumentera	27
Systematiskt kvalitetsarbete	27
lakttagelser i korthet:	28
Rutiner för klagomål och synpunkter finns men tillämpas inte fullt ut	28
Stor okunskap om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah	28
Det saknas en systematisk och strukturerad avvikelshantering.....	29
Brister i vårdgivarnas interna avvikelshantering.....	29
Styrkor och svagheter kring avvikelser i samverkan	30
Äldres synpunkter på vården och omsorgen	30
lakttagelser i korthet:	31
Många är nöjda men upplever delvis otrygghet	31
Omsorgen är inte tillräckligt individbaserad.....	32
Behov av mer meningsfull vardag	33
Krav på värdighet och integritet åsidosätts vid särskilda boenden	34
Övervägande delen av de äldre har bra kontakt med hemsjukvården.....	34
Följsamhet till Socialstyrelsens krav	35
Uppföljande tillsyn.....	35
Hade brister och missförhållanden rättats till?	35
Har vården och omsorgen blivit bättre för de äldre?	36
Metoder och bestämmelser	37
Tillvägagångssätt i tillsynen	37
Tillsynen 2010.....	38
Tillsynen 2011.....	38
Tillsynen 2012.....	38
Oanmäld respektive föranmäld tillsyn 2012	39
Intervjuer med äldre personer med annat modersmål än svenska	39
Tillsyn av läkemedelsförskrivning 2012.....	39
Tillsynen 2013.....	40
Gällande bestämmelser på området	41
Kvalitet i vård och omsorg – den enskildes inflytande och integritet.....	41
Kvalitet i vård och omsorg – bemanning och kompetens.....	42
Handläggning och dokumentation av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser	43
Systematiskt kvalitetsarbete – riskanalyser, egenkontroller och avvikelser.....	44

Samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården	45
Samverkan vid vårdplanering	46
Särskilda bestämmelser om rehabilitering	47
Minoritetsspråk	47
Bilaga – Tillsynens resultat i siffror	48
Bilaga – Förteckning över granskade verksamheter i kommuner och landsting 2012 och 2013.....	55

Inledning

Om regeringsuppdraget

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att under åren 2010–2012 göra en nationell tillsyn av vården och omsorgen om äldre.¹ I uppdraget ingick att sammanställa och redovisa den genomförda tillsynen och de gjorda iakttagelserna i årliga delrapporter samt i en slutrapport. IVO har slutfört uppdraget genom att sammanställa slutrapporten.

Målet med tillsynen var att brister och missförhållanden inom vården och omsorgen om äldre skulle rättas till samt att kommuner, landsting² och enskilda verksamheter skulle förmås utveckla vård och omsorg av god kvalitet. Vidare framgick att tillsynen skulle inriktas på verksamheter där det fanns indikationer om att det kunde förekomma brister eller missförhållanden. I tillägg till regeringsuppdraget satte Socialstyrelsen som mål att göra minst en inspektion i varje kommun under tillsynsperioden.

Det ingick i uppdraget att genomföra en nationell tillsyn av vården och omsorgen om äldre med fokus på hur äldreomsorgen och hälso- och sjukvården samverkade med varandra, hur vårdkedjorna dem emellan fungerade, och hur samverkan fungerade mellan enheter inom samma vårdgivare. Socialstyrelsen skulle också granska hur verksamheter uppfyllde kravet på god vård och god kvalitet i omsorgen och om personalen hade tillräcklig utbildning och erfarenhet.

Granskningen skulle särskilt uppmärksamma hur vården, omsorgen och rehabiliteringen fungerade för äldre med stora och sammansatta behov. Förskrivningen av vissa läkemedel skulle också granskas särskilt. Under avsnittet *Tillvägagångssätt i tillsynen* i kapitlet om *Metoder och bestämmelser* redogörs närmare för genomförd och planerad tillsyn. Där beskrivs även tillsynen av läkemedelsförskrivning.

Av redovisningen skulle framgå hur huvudmännen och utförarna följde Socialstyrelsens krav på åtgärder för att komma tillrätta med brister och missförhållanden. Intentionerna i de riktlinjer och villkor som gavs i det tidigare äldreskyddsuppdraget skulle fortfarande gälla: ”Tillsynen ska bedrivas operativt ur ett medborgarperspektiv, den ska synliggöras och den ska vara problemorienterad och koncentreras till verksamheter där det finns indikationer om att det kan förekomma brister eller missförhållanden. Den enskildes behov, rättigheter, säkerhet och självbestämmande enligt gällande lagstiftning ska i första hand uppmärksammas i tillsynen. Både föranmälda och oanmälda inspektioner ska förekomma.”

¹ Regeringsbeslut S2009/7143/ST daterat den 24 september 2009.

² Med landsting avses även regionerna Gotland, Halland, Skåne och Västra Götaland.

Utgångspunkter för tillsynen

I uppdraget ingick att genomföra oanmälda och föranmälda inspektioner i verksamheter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, där det kunde förekomma brister eller missförhållanden. Socialstyrelsen hade dessutom som mål att granska alla landets kommuner. Socialstyrelsen har därför i urvalet av verksamheter utgått från någon av följande två parameterar: en bedömning av risk för brister i kvalitet eller verksamheter som inte hade varit föremål för tillsyn under en längre tid.

I tillsynen har det varit centralt att granska hur offentligt, men i förekommande fall även enskilt, drivna verksamheter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillämpar bestämmelserna vad gäller samverkan i vården och omsorgen om äldre. Respekten för den enskilde äldres värdighet och integritet med möjlighet till inflytande har varit en viktig utgångspunkt. Socialstyrelsen har dels granskat dokumentation enligt patientdatalagen och socialtjänstlagen, dels gjort intervjuer med äldre, anhöriga, personal och ledning i ett stort antal verksamheter. En närmare beskrivning av metoder och tillvägagångssätt i tillsynen finns i kapitlet *Metoder och bestämmelser*.

Disposition

Slutrapporten innehåller en sammanställning av resultatet från tillsynsperioden 2010–2012. Resultatet från 2012 års tillsyn ingår som en del av slutrapporten. Den tillsyn som genomfördes 2010 och 2011 redovisas också i den första respektive andra delrapporten inom ramen för detta regeringsuppdrag.³

I kapitlet *Tillsynens resultat* redovisas resultatet i fem olika avsnitt. Kapitlet innehåller också ett sjätte avsnitt som redovisar resultatet av en uppföljande tillsyn. Den genomfördes i huvudsak under 2013 och omfattade en tillsyn av hur granskade verksamheter följt Socialstyrelsens krav.

Därefter redogör IVO i kapitlet *Metoder och bestämmelser* om Socialstyrelsens tillvägagångssätt inför och vid inspektionerna, dvs. vilka metoder inspektörerna använt sig av. Sedan följer ett avsnitt om de lagar och föreskrifter som har legat till grund för tillsynen.

I bilagan redovisas resultatet i några tabeller och cirkeldiagram – *Tillsynens resultat i siffror*. Det finns också en bilaga med förteckning över granskade tillsynsobjekt i den oanmälda och föranmälda tillsynen 2012 samt i den uppföljande tillsynen 2013. Motsvarande förteckningar för tillsyn som genomfördes 2010 och 2011 finns i de två tidigare publicerade delrapporterna i uppdraget.

³ Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – delrapport 2011, Socialstyrelsen 2011 och Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – delrapport II 2012, Socialstyrelsen 2012.

Tillsynens resultat

I detta kapitel redovisar IVO iakttagelser och resultat från Socialstyrelsens tillsyn 2010–2012.

Kapitlet är indelat i sex avsnitt. De fem första avsnitten återspeglar de huvudsakliga granskningsområden som Socialstyrelsen inriktade sig på under tillsynsperioden, och som följer intentionerna i uppdraget.

De specifika frågor som uppdraget speciellt skulle belysa framkommer under flera av de fem avsnitten. Ett exempel är frågan om hur behovet av rehabilitering tillgodoses för äldre med stora sammansatta behov. Detta är ett tema med många infallsvinklar som framför allt redovisas under de två första avsnitten i kapitlet. De fem avsnitten är:

- > Samverkan och informationsöverföring
- > Bemanning och kompetens
- > Handläggning och dokumentation i vård och omsorg
- > Systematiskt kvalitetsarbete
- > Äldres synpunkter på vården och omsorgen

Det sjätte avsnittet *Följsamhet till Socialstyrelsens krav* redogör för hur de verksamheter som varit föremål för tillsynen har följt de krav på åtgärder som Socialstyrelsen har ställt.

Därefter följer ett nytt kapitel om metoder i tillsynen och bestämmelser på området. I bilagan finns tabeller som redogör för antal inspektioner och beslut samt cirkeldiagram som illustrerar vad kraven som Socialstyrelsen ställt i huvudsak handlar om.

Samverkan och informationsöverföring

För att säkerställa kvaliteten på de insatser som den äldre behöver, och för att förebygga att äldre drabbas av vårdskador i hälso- och sjukvården, krävs fungerande system för informationsöverföring och vårdplanering där olika yrkesgrupper i kommunen, öppenvården och den slutna vården samverkar i samråd med den äldre själv.

Med stigande ålder får äldre människor hälsoproblem och ökat behov av vård och omsorg. För den äldre som drabbats av både sjukdom och fysisk eller kognitiv funktionsnedsättning är olika insatser från såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården ofta av avgörande betydelse för en god livskvalitet.

Många äldre med omfattande och komplexa behov av vård och omsorg bor i dag kvar i sina hem. Det betyder att fler har behov av hjälp och stöd från hemtjänst,

hemsjukvård och rehabilitering. Denna grupp äldre vårdas också ofta inom den slutna vården.

Oavsett var den äldre bor och får vård innebär behovet av hjälp med vård och omsorg kontakt med många olika aktörer. När många personalgrupper och utförare ska samarbeta kring en äldre person, finns det risk för bristande patientsäkerhet och sämre kvalitet i vården och omsorgen. Även om personal dagligen gör stora insatser saknas det ofta ett helhetsperspektiv på den äldres behov. IVO menar att socialtjänsten och hälso- och sjukvården behöver samordna sina resurser bättre. Det skapar förutsättningar för att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg med en helhetssyn på den äldre.

Socialstyrelsen har granskat vårdkedjan i samband med in- och utskrivning för den äldre och hur bestämmelserna på området kring samverkan och informationsöverföring tillämpats i verksamheter som bedriver socialtjänst eller hälso- och sjukvård.

Lakttagelser i korthet:

- ⊕ Bestämmelserna om vårdplanering är inte helt anpassade till den utveckling som har skett inom hälso- och sjukvården med bland annat kortare vårdtider.
- ⊕ Fokus vid den samordnade vårdplaneringen förefaller hamna på betalningsansvar i stället för på en säker vård och omsorg med tydlig ansvarsfördelning.
- ⊕ Det är ovanligt att mottagande verksamheter i öppenvården och inom äldreomsorgen får uppgifter om läkemedel eller annan viktig information om den äldre senast samma dag som han eller hon skrivs ut från sjukhuset.
- ⊕ Sjukgymnaster och arbetsterapeuter kallas sällan till vårdplanering.
- ⊕ Det ställs stora krav på personalen att informera och samordna insatserna när det finns flera aktörer med olika ansvar och uppdrag runt den äldre, särskilt i de delar av landet som har många privata utförare av vård och omsorg.
- ⊕ Det finns risker för brister i informationsöverföring och patientsäkerhet vid utskrivning inför kvällar eller helger.

Bestämmelserna om vårdplanering är inte helt anpassade till verkligheten

För drygt tio år sedan ändrades lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.⁴ Skälet var att det fanns brister i samverkan mellan den slutna vården, primärvården och socialtjänsten när en patient skrevs ut från sjukhus. Lagändringarna innebar att kraven på en gemensam vårdplanering skärptes. Två år senare kompletterades regelverket med Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård.⁵ Bestämmelserna ska tillämpas av både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

I tillsynen har Socialstyrelsen iakttagit att förutsättningarna för tillämpningen av nämnda föreskrift har ändrats sedan den började gälla. Geriatriska vårdplatser

⁴ Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

⁵ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård.

finns inte i samma utsträckning som tidigare. Nya metoder har inneburit att vårdtiderna kan kortas ned, och alltmer av den vård och behandling som tidigare krävde den slutna vårdens resurser kan skötas i öppenvården. Därutöver har bestämmelser om bland annat samverkan, fast vårdkontakt, egenvård, vårdplaner och informationsöverföring förändrats.

I dag är det vanligt att vårdplaneringen görs parallellt med den medicinska utredningen. Det går därför exempelvis inte att vid vårdplaneringen fullt ut fastställa vilka läkemedel, behandlingar eller hjälpmedel den äldre behöver vid utskrivning. Behoven hos den äldre kan dessutom förändras flera gånger mellan vårdplaneringstillfället och utskrivningsdagen.

En annan observation är att det kan vara svårt att följa bestämmelsen om att namnge den eller de läkare som ska ha det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen efter utskrivningen. Anledningen är att det inte alltid finns fasta läkare inom primärvården.

Resultatet visar också att det varierar över landet i vilken mån primärvården deltar i vårdplaneringen. Från intervjuerna har representanter från primärvården också gett uttryck för att den samordnade vårdplaneringen är en kommunal angelägenhet. Fokus hamnar därför på betalningsansvaret och inte på det som bestämmelserna egentligen syftar till, dvs. en patientsäker vård och god omsorg genom tydlig ansvarsfördelning och planering inför utskrivningen. Tillsynen har också konstaterat att primärvården ibland justerar vårdplanen, dvs. övertar ansvaret för vården, utan att ha fullständig information från den slutna vården om den äldres behov.

Socialstyrelsen har i några beslut understrukit att läkaransvaret alltid vilar på landstinget, och påtalat att det är angeläget att vid vårdplaneringen fastställa ansvaret för fortsatta läkarinsatser mellan primärvården och specialistsjukvården.

Det behöver i sammanhanget klargöras att det inte alltid är nödvändigt att läkaren deltar på plats vid vårdplaneringen. Det kan exempelvis räcka med att primärvårdsläkaren får del av den äldres hälsotillstånd och fortsatta behov av medicinska insatser, för att kunna fatta beslut om att överta ansvaret. I allt fler landsting har även den slutna vården och primärvården tillgång till varandras patientjournaler, vilket ger primärvårdsläkaren tillgång till nödvändiga uppgifter.

Möjligheter men också hinder med dagens IT-system

Ett stort antal landsting och kommuner har gemensamma IT-system för samordnad vårdplanering och informationsöverföring. Dessa system gör det möjligt att exempelvis skicka inskrivningsmeddelanden, kallelser samt att upprätta och justera vårdplaner. Tillsynen har visat att sjukgymnaster och arbetsterapeuter, men även privata utförare, sällan hade tillgång till dessa system för informationsöverföring.

Enligt gällande bestämmelser ska vårdplan och övriga väsentliga uppgifter överföras senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården till berörda enheter inom den öppna vården och socialtjänsten. Från den slutna vårdens IT-system för patientjournaler går det inte alltid att föra över uppgifter om vård och behandling till vårdplanen i det gemensamma IT-systemet för samordnad vårdplanering. Företrädare för den slutna vården har påtalat att det innebär ett dubbelarbete att skriva in dessa uppgifter i vårdplanen. När uppgifter om vård och

behandling ska återges på nytt finns det även en risk för att uppgifterna inte blir helt korrekta, vilket kan medföra patientsäkerhetsrisker.

Det är inte heller alltid möjligt att elektroniskt bifoga information som sammanfattningar av vårdtiden (epikriser) eller läkemedelsordinationer i det gemensamma IT-systemet. I stället förekommer det att dessa uppgifter överförs via post eller fax. Socialstyrelsen har i flera beslut påpekat vikten av att säkerställa att uppgifter om enskilda personer överförs i enlighet med gällande bestämmelser och på ett säkert sätt.

Det bör nämnas att det pågår utveckling på området. Bland annat är samtliga landsting anslutna till den nationella patientöversikten (NPÖ), vilken är en särskild satsning från regeringen på patientsäkerheten. Sjukvården ska genom NPÖ kunna få tillgång till viktig patientinformation, oavsett var i landet vården utförs. Tillämpningen av systemet har dock hittills bara uppnått en begränsad användning. Långt ifrån alla kommuner var anslutna i slutet av Socialstyrelsens tillsynsperiod.

Vid utskrivning saknas ofta uppgifter om läkemedel

Att de äldre saknar korrekt ordinationshandling för läkemedel vid utskrivning är ett känt problem sedan lång tid tillbaka. Vid intervjuer med företrädare för personal i kommuner och primärvård bekräftades att problemet kvarstod i förhållandevis stor omfattning även under den senare delen av tillsynsperioden. Närmare tre fjärdelar (74 procent) av tillfrågade chefer och personal inom primärvården och hemsjukvården ansåg att aktuell ordinationshandling för läkemedel ofta saknades vid utskrivning.

Till säker läkemedelshantering hör också att den som förskriver läkemedel ska ta ställning till om hälso- och sjukvårdsåtgärden kan utföras som egenvård. Socialstyrelsen har i en tiondel av besluten under det sista tillsynsåret 2012 särskilt uppmärksammat detta. Myndigheten har ställt krav på berörda landsting att säkerställa att bestämmelserna görs kända och att behandlande läkare vid utskrivningen gör en bedömning om egenvård.

Det kan tilläggas att Socialstyrelsen nyligen har skärpt föreskriften om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården med krav på tydlig dokumentation, informationsöverföring och uppföljningsansvar efter läkemedelsgenomgång i samband med vårdtillfällen inom den slutna vården.

Tillsynsresultatet visar också att andra uppgifter sällan var tillräckliga för att få en tydlig bild av vad den äldre behövde av fortsatta insatser och hjälpmedel efter utskrivning från den slutna vården. Drygt hälften av dem som representerade primärvården och kommunen förmedlade i intervjuerna att en sammanställning av vårdtiden (epikris) vanligtvis inte följde med den äldre vid utskrivning. Det kunde dröja upp till två veckor innan kommunen eller primärvården fick tillgång till epikrisen.

Planering vid utskrivning görs ofta utan sjukgymnast och arbetsterapeut

Resultatet visar att sjukgymnaster och arbetsterapeuter sällan blir kallade till vårdplaneringen inför utskrivningen av den äldre. För att få information om behoven och planeringen för den äldre personen var det i stället vanligt att sjukgymnaster och arbetsterapeuter själva tog kontakt med de olika aktörerna efter utskrivning. I delar av landet hade kommuner inrättat vårdplaneringsteam där

arbetsterapeut och sjukgymnast ingick tillsammans med biståndshandläggare och sjuksköterska.

Omfattningen av problemet med bristfällig informationsöverföring kring rehabilitering är förhållandevis stor. Vid hälften av inspektionerna bedömde de intervjuade från kommuner och landsting att uppgifter om behovet av rehabilitering, men även förskrivning av hjälpmedel, uteblev vid utskrivning från den slutna vården. Behovet uppdagades heller inte alltid under vistelsen på sjukhuset. Det var inte ovanligt att ett förändrat hälsotillstånd hos den äldre personen uppmärksammades först vid hemkomsten. Det gällde bland annat äldre som krävde rehabilitering eller hjälpmedel.

Socialstyrelsen iakttog i tillsynen att samordning av informationsöverföring, och inte minst rehabilitering försvårades när det fanns flera olika vårdgivare inom hemsjukvård och rehabilitering respektive huvudmän för hemtjänst. Socialstyrelsen kunde dessutom konstatera att sjukgymnaster och arbetsterapeuter ofta arbetade vid sidan om det gemensamma informationssystemet mellan landsting och kommun. Det uppmärksammades också att ansvarsfördelningen mellan vårdgivare kunde vara oklar. Sammantaget inverkade detta på möjligheterna till samarbete i frågor om rehabilitering mellan olika huvudmän och vårdgivare.

Socialstyrelsen har i beslut understrukit den slutna vårdens ansvar att kalla personal med den kompetens som vårdplaneringen för den äldre personen kräver. I dessa fall handlade det ofta om att säkerställa medverkan av arbetsterapeuter och sjukgymnaster när det var befogat.

Rutiner för informationsöverföring och vårdplanering fungerar inte alltid i praktiken

Det sammantagna tillsynsresultatet visar att kommunerna och landstingen strävar efter att anpassa sig till gällande bestämmelser på området. I tillsynen under 2012 konstaterades att alla granskade kommuner, landsting och sjukvårdsregioner hade gemensamma avtal och rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information. Under 2010 var det 90 procent av verksamheterna som hade motsvarande rutiner. Dessvärre utgör rutinerna ingen garanti för att de används. De var inte alltid kända eller tillämpades fullt ut hos utförare som hade ansvar för den fortsatta vården av äldre efter deras sjukhusvistelse. Socialstyrelsen har ställt krav på landsting och kommuner att säkerställa att de gemensamma rutinerna följs.

Som tidigare nämnts visar resultatet från tillsynen att vårdplaneringen inte fungerade helt tillfredsställande enligt rutinerna. Iakttagelser indikerar att samverkan fungerar bättre där utskrivning gjorts från geriatrisk klinik, eftersom dessa kliniker ofta har utarbetade kontaktvägar med olika utförare av vård och omsorg.

En del av den gemensamma vårdplaneringen med berörda parter från den slutna vården, öppenvården och socialtjänsten består i att upprätta en vårdplan. Även om vårdplanen ofta överförs samma dag som den äldre skrivs ut ger den i regel knapphändig information. Vårdplanen är annars det instrument som mottagande verksamhet behöver för att förbereda och genomföra vård och behandlingsinsatser när den äldre skrivs ut från sjukhuset.

En annan aspekt i sammanhanget är att den äldre ska erbjudas att delta i vårdplaneringen, vilket inte görs efter rutiner och i förväntad utsträckning. Det kan naturligtvis uppstå svårigheter att åstadkomma en delaktighet när den äldre varit på sjukhus. Ofta har den äldre då ett sådant kraftigt nedsatt allmäntillstånd att han eller hon inte orkar delta i vårdplaneringen. I bästa fall finns en anhörig till den äldre som kan delta och föra den äldres talan.

Socialstyrelsen har också iakttagit att information från sjukhuset om att den äldre skrivits in inte nått all berörd personal, t.ex. sjukgymnaster eller hemtjänstpersonal. Detta hängde ofta samman med brister i tillämpningen av de interna rutinerna i kommunen eller primärvården. Rutinerna kring informationsöverföring mellan landstinget och kommunen behövde också utvecklas. Socialstyrelsen har påtalat att landstingen och kommunerna behöver säkerställa ansvarsfrågor och att kontaktvägar för informationsöverföring fungerar.

I övrigt framkom det av intervjuerna att informationsöverföringen kunde utebli eller försvåras när den äldre sökte sjukhusvård själv, utan att först ha kontaktat hemtjänsten eller hemsjukvården. Den äldre har naturligtvis rätt att göra detta, men följden kan bli att överenskomna rutiner inte fungerar. Den äldre kan ha svårt att förklara sitt hälsotillstånd eller vilka insatser som annars ges och av vem. Sjukhuspersonal, vanligtvis på akutmottagningar, får därmed inte tillräckligt med information om exempelvis vilka läkemedel den äldre redan är ordinerad. Det kan också uppstå svårigheter att veta vilken verksamhet inom hemtjänsten eller hemsjukvården som ska informeras om att den äldre skrivs in. Det bör tilläggas att när den äldre inte skrivs in i den slutna vården efter att ha uppsökt akutmottagning finns ingen skyldighet till vårdplanering eller informationsöverföring.

Personal som intervjuats under tillsynsperioden har varit väl medvetna om riskerna för de äldre när rutinerna för vårdplanering och informationsöverföring vid in- och utskrivning inte fungerar. Ett exempel är när det blir snabba utskrivningar, särskilt på kvällar eller helger. Konsekvensen blir att informationen inte når ansvariga inom berörda verksamheter i tid, t.ex. hemtjänstpersonalen. Det kan innebära att den äldre med ett förändrat och försämrat hälsotillstånd inte tas emot av någon i hemmet, och blir utan hjälpmedel eller inte vet vilka läkemedel som ska tas. Det i sin tur kan få till följd att den äldre personen behöver läggas in på sjukhus igen kort tid efter hemkomsten. I glesbygdskommuner kan det dessutom uppstå svårigheter att få tag på hjälpmedel och läkemedel när det är långt till närmsta öppna apotek eller hjälpmedelscentral.

Bemanning och kompetens

God kvalitet i vården och omsorgen innebär bland annat att tjänsterna utförs på ett tryggt och ändamålsenligt sätt, med tillräcklig bemanning och personal med rätt kompetens.

Tidigare års tillsyn har visat på brister vad gäller bemanning och kompetens, inte minst vid särskilda boenden. Under sommarmånaderna är dessutom ett stort antal av de särskilda boendena i landet mer sårbara än under vinterhalvåret. Dels arbetar många vikarier med behov av handledning, dels kan behovet av platser öka på

korttidsboenden för äldre med stora vårdbehov, när sjukhusavdelningar under sommarmånaderna drar ned på sin verksamhet. Detta föranledde Socialstyrelsen att göra oanmälda tillsyner i korttids- och demensboenden tre somrar i rad.

För att säkerställa vården och omsorgen för de äldre ska den som bedriver verksamhet se till att vikarierna har tillräcklig kompetens för sina uppgifter, och att de får introduktion, stöd och tillräcklig information om de äldres behov. Bemanningen ska också ge förutsättningar för vård och omsorg av god kvalitet. Från bland annat patientsäkerhetssynpunkt kan verksamheterna behöva analysera riskerna för de boende inför sommaren, agera utifrån resultatet av riskbedömningen och sedan följa upp hur det har fungerat.

Socialstyrelsen har genomfört oanmälda inspektioner varje sommar i totalt 104 korttids- och demensboenden (särskilda boenden), i landet. Det bör tilläggas att delar av resultatet avseende bemanning och kompetens i denna slutrapport också härrör från föranmäld tillsyn under andra tillfällen än sommarperioden.

lakttagelser i korthet:

- ⦿ Det är svårt att rekrytera personal med rätt kompetens.
- ⦿ Närmare hälften av de granskade särskilda boendena gjorde inte riskanalyser avseende patientsäkerheten inför sommarsemestrarna.
- ⦿ Rehabilitering och aktiviteter i vardagen riskerar att bli eftersatta.
- ⦿ Oavsett anställningsform fick vikarierna introduktion i arbetet.

Svårigheter att rekrytera personal

Iakttagelser från uppdraget har visat att det är en utmaning för de särskilda boendena att rekrytera vikarier med rätt utbildning och erfarenhet. Särskilt inför semesterperioden under sommaren. Det förekommer vissa regionala skillnader, men det är generellt sett svårt att rekrytera såväl vård- och omsorgspersonal som sjuksköterskor med önskvärd kompetens. Särskilt i glesbygdskommuner. Det gäller även legitimerade sjukgymnaster och arbetsterapeuter. De allra flesta verksamheter som varit föremål för tillsyn hade löst det med olika semesterperioder för att säkerställa att det alltid fanns några av den ordinarie personalen på plats.

När det gäller sjuksköterskekompetens är det känt att det finns alltför få sjuksköterskor som har adekvat utbildning med inriktning mot äldreomsorg. Därför är det vanligt att de som bedriver äldreomsorg vänder sig till bemanningsföretag för att få hjälp att anlita sjuksköterskor med rätt inriktning och erfarenhet. Men även bemanningsföretagen har svårt att rekrytera sjuksköterskor.

Sjuksköterskan har annars en nyckelroll som ansvarig för hälso- och sjukvård i det särskilda boendet. Under sommaren finns dessutom ett ökat behov av handledning i hälso- och sjukvårdsfrågor. Framför allt bland den vikarierande personalen. Resultatet från intervjuerna indikerar att det inte blivit någon förändring när det gäller sjuksköterskekompetens under den tid tillsynen pågick. Tillfrågad personal i omkring en femtedel av de granskade boendena gav varje år uttryck för att sjuksköterskebemanningen var otillräcklig.

I Lägesrapport 2013⁶ konstaterar Socialstyrelsen att fler undersköterskor och vårdbiträden har grundläggande yrkesutbildning, men fortfarande saknar en alltför hög andel i hemtjänsten grundläggande yrkesförberedande utbildning. Var fjärde månadsanställd saknar en sådan utbildning. Vidare framgår av rapporten att fyra av tio äldre som bor i särskilt boende och har hemtjänst tycker att de inte har tillräckligt god tillgång till läkare. Iakttagelserna från 2012 års tillsyn visar att läkarmedverkan var mer prioriterad på korttidsboenden i förhållande till demensboenden, där det var glesare mellan läkarbesöken. Det bör i sammanhanget tilläggas att hälso- och sjukvårdsinsatserna på ett korttidsboende kan vara mer omfattande och mer av akut karaktär än på ett demensboende.

Få riskanalyser gjordes inför sommarsemesterna

Ett anmärkningsvärt resultat är att många verksamheter saknar en systematisk kontroll av bemanningen. Närmare hälften av verksamheterna hade inte gjort någon riskanalys avseende patientsäkerheten inför sommarsemesterna under den sista oanmälda tillsynen 2012. Motsvarande resultat framkom under de två föregående årens jämförbara inspektioner. Under 2012 års tillsyn kunde Socialstyrelsen konstatera att de granskade korttidsboendena hade gjort riskanalyser i större utsträckning än de demensboenden som varit föremål för granskning under samma period. I sammanhanget kan nämnas att det av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem framgår att riskanalyser är en del av det systematiska kvalitetsutvecklingsarbetet. Bestämmelserna omfattar både vårdgivare och den som bedriver socialtjänst.

Samtidigt finns det goda exempel från verksamheter som genomfört riskanalyser och utifrån det resultatet vidtar åtgärder och utformar handlingsplaner inför sommaren. Det kan exempelvis handla om att verksamheten anställer en extra sjuksköterska för att handleda den övriga personalen, eller att erfaren vård- och omsorgspersonal får utökad delegering. Feriearbetande skolungdomar är också ett gott exempel på extra resurser som ger de äldre möjlighet till utevistelse eller andra individuella aktiviteter.

Utifrån tillsynsresultatet bedömde Socialstyrelsen att det i 80 procent av de särskilda boendena, som granskats under 2012, funnits vård- och omsorgspersonal med rätt kompetens i förhållande till de äldres behov. Ledningen i de särskilda boenden som varit föremål för tillsyn menade att de strävade efter personal med gymnasial omvårdnadsutbildning och erfarenhet på området. Men kraven kunde inte alltid tillgodoses. När teoretisk utbildning saknades utgjorde den personliga lämpligheten och erfarenheter viktiga faktorer för anställning. I enstaka verksamheter gav ledningen och personalen uttryck för att kompetensen hos den vikarierande vård- och omsorgspersonalen var sämre under tillsynen 2012 än vad som framkommit vid föregående års inspektioner.

Det är sedan länge känt att resurserna för att tillgodose de äldres behov av rehabilitering är begränsade under sommarperioden. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter ersätts sällan med semestervikarier som har rätt kompetens. De får i stället vikariera för varandra. Resultatet i tillsynen visar att det inte skett någon märkbar förändring i det avseendet. Närmare hälften (45 procent) av

⁶ Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst Lägesrapport 2013, Socialstyrelsen 2013.

verksamheterna som granskades 2012 hade inte ersatt sjukgymnast- eller arbetsterapeuttjänsterna med motsvarande kompetens.

Socialstyrelsen har i några fall ifrågasatt patientsäkerheten och påtalat behovet av att verksamheterna säkerställer att det finns den legitimerade personal som behövs för att ge en god och säker vård samt den rehabilitering som de enskilda äldre har behov av.

Rehabilitering och aktiviteter i vardagen riskerar att bli eftersatta

I tillsynen iakttog Socialstyrelsen att det var ovanligt att det fanns tillräckliga resurser för att sjukgymnaster och arbetsterapeuter själva skulle kunna utföra träning och behandling hos den äldre, oavsett tid på året. I stället var det vanligt att hemtjänstpersonalen hade uppdrag att hjälpa den äldre med rehabiliterande insatser efter instruktion från sjukgymnast eller arbetsterapeut. Det förekom även svårigheter för sjukgymnaster och arbetsterapeuter att avsätta tid till att följa upp och utvärdera ordinerad träning och behandling samt eventuella hjälpmedel som förskrivits.

Socialstyrelsen har med anledning av ovanstående i några beslut påtalat behovet av att sjukgymnaster och arbetsterapeuter får förutsättningar att göra bedömningar och följa upp enskilda äldre personer, samt att på ett bättre sätt handleda och stödja hemtjänstpersonalen.

I tillsynen framkom det också att hemtjänstpersonal inte alltid fick undervisning gällande hantering av individuellt förskrivna hjälpmedel. Socialstyrelsen har i enstaka beslut påtalat behovet av rutiner kring detta. Vårdgivaren ska säkerställa att det i ledningssystemet finns rutiner för hur varje verksamhet ska organiseras, för att möjliggöra en säker användning av medicintekniska produkter.

Förutom att sjukgymnaster och arbetsterapeuter ger rehabilitering när det behövs är det angeläget att personalen har tid att stödja och uppmuntra den äldre att vara aktiv för att bevara sina aktivitets- och funktionsförmågor. En lyckad rehabilitering kan leda till att den äldre kan leva ett mer självständigt liv med ett i bästa fall mindre behov av vård och omsorg. Dessutom kan den äldres möjligheter öka att aktivt delta i samhällslivet.

Utifrån den äldres behov, önskemål och intressen kan det dessutom vara aktuellt att den äldre ansöker om bistånd för exempelvis promenader eller sociala aktiviteter. Det förutsätter lyhördhet för den äldres förutsättningar och behov.

Vid tillsynen uppgav en del kommuner att personalen arbetade utifrån ett rehabiliterande förhållningsätt, dvs. de försökte stödja den äldre att så långt som möjligt själv utföra aktiviteter som exempelvis att klä sig eller förflytta sig med sin rullstol. Hemtjänstpersonalen upplevde emellertid att de sällan hade tid att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningsätt eller genomföra uppdrag från sjukgymnast eller arbetsterapeut.

Vikarier får tillräcklig introduktion

Ett återkommande positivt resultat från de tre åren är att vikarierna alltid får introduktion i arbetet. Som regel erbjuds en dag med teori i form av information om t.ex. rutiner, lagstiftning, förflyttningsteknik och genomgång av de äldres behov. Dessutom introducerades vikarierna i det praktiska arbetet genom att gå

bredvid en ordinarie personal i allt från några dagar och upp till en vecka, beroende på tidigare kompetens och erfarenhet.

Vid Socialstyrelsens inspektioner under 2010 och 2011 visade resultatet att introduktionen emellertid inte alltid var tillräcklig. Som ett exempel kan anges att introduktionsutbildningarna på flera demensboenden inte var anpassad till de specifika behov som personer med demenssjukdomar har. Det bedömdes även att handledningen inte var tillräcklig i vissa verksamheter.

Under 2012 års tillsyn framkom inga sådana uppgifter. Snarare visade tillsynsresultatet en mer positiv bild där samtliga nyanställda, oavsett anställningsform, deltog i introduktionsutbildning. Intervjuade vikarier ansåg sig ha fått tillräcklig och anpassad introduktion för att hantera den äldres behov av omsorg samt hälso- och sjukvård. Likaså fanns det stöd och handledning i de allra flesta verksamheter (85 procent) för att ytterligare säkerställa att vikarierna klarade sina arbetsuppgifter.

Delegering av enklare hälso- och sjukvårdsuppgifter till vikarierande vård- och omsorgspersonal förekom i stort sett i alla särskilda boenden. De allra flesta av dessa verksamheter bedömdes (89 procent) ha system för att följa upp om delegeringen fungerat korrekt.

Rätt bemanning för att tillgodose den äldres behov och önskemål

Det behöver i sammanhanget påpekas att Socialstyrelsen i den andra delrapporten i uppdraget, dvs. med resultat från tillsyn 2011, visade på konsekvenser av bristande personalkontinuitet och kompetens. Socialstyrelsen menade att när bemanningen inte överensstämmer med behoven hos de äldre kan det orsaka brister i bemötande, attityder och förhållningssätt. Vidare betonade Socialstyrelsen att bristande personalkontinuitet och kompetens i kombination med en bemanning som inte är dimensionerad utifrån den äldres behov av vård och omsorg inte bara utgör en patientsäkerhetsrisk. Det innebär även en risk för att intentionerna i gällande bestämmelser i socialtjänstlagen åsidosätts. För att underlätta bedömningen av hur mycket personal som är tillräcklig ansåg Socialstyrelsen att kommunen behöver ta reda på vilka insatser var och en av de äldre behöver och fatta beslut om det. Sådana beslut saknades i flertalet särskilda boenden. Socialstyrelsen framhöll beslut om insatser och genomförandeplaner som användbara instrument för att beräkna och följa upp att bemanningen var tillräcklig i förhållande till de äldres behov och önskemål. I denna rapport har även nyttan med riskanalyser framhållits i sammanhanget.

Handläggning och dokumentation i vård och omsorg

Skyldigheten att dokumentera enligt socialtjänstlagen och patientdatalagen fyller flera syften. Den ger förutsättningar för delaktighet och insyn för den äldre i den egna vården och omsorgen. Dokumentationen utgör också ett viktigt verktyg i planeringen och uppföljningen av insatsen på individnivå för att ge en säker vård och god omsorg, men även för utvärdering och utveckling på verksamhetsnivå. Dessutom behövs dokumentation, som underlag för informationsöverföring mellan interna och externa personalgrupper, för att upprätthålla säkerhet och kontinuitet i vården och omsorgen.

Under de senaste 15 åren har olika myndigheter lagt ned stora tillsynsresurser och andra åtgärder på området för att utveckla handläggningen och dokumentationen inom äldreomsorgen. Iakttagelserna i tillsynen vittnar om att utvecklingen gått i rätt riktning i det avseendet. Tillsynsresultatet slår ändå fast att det kvarstår en hel del att göra innan dokumentationen inom framför allt socialtjänsten uppfyller de krav som finns i olika bestämmelser.

Iakttagelser i korthet:

- ⦿ En fjärdedel av de granskade kommunerna kunde inte garantera rättssäkerheten för den äldre.
- ⦿ I en handfull kommuner saknades journaler enligt socialtjänstlagen.
- ⦿ Det saknades ofta dokumentation enligt socialtjänstlagen, vilket gjorde det svårt att hämta information om den äldres situation och följa hur behoven tillgodosågs.
- ⦿ Genomförandeplaner gav otillräcklig information och användes inte som ett redskap i det dagliga arbetet.
- ⦿ I utformning av genomförandeplaner framgick sällan att den äldre varit delaktig.
- ⦿ Det förekom att de granskade patientjournalerna saknade uppföljning av planerade och genomförda åtgärder.

Kommunen brister i att informera om de rättigheter som den äldre har

Det uppdagades att flera kommuner åsidosatt den äldres rättssäkerhet. Bland annat framkom att kommunen inte informerat den äldre om rätten att ansöka om bistånd eller att kommunen inte gjort individuella behovsprövningar. En äldre person som exempelvis beviljats bostad i särskilt boende ska kunna förlita sig på att beslutet inte ändras. Trots detta visar iakttagelser i tillsynen att det förekommit att kommunen ändrat ett gynnande beslut om särskilt boende, om den äldre tackar nej till kommunens förslag.

Det finns positivt tillsynsresultat från 2010 som visar att så gott som alla granskade kommuner hade riktlinjer och rutiner för biståndshandläggningen för att

tillgodose den enskildes rättssäkerhet. Många kommuner hade utarbetat broschyrer som informerade om möjligheterna till bistånd och de rättigheter den enskilde har. De äldre fick också muntlig information.

Så var det emellertid inte i alla kommuner. En fjärdedel av de äldre förmedlade att de inte hade informerats om sin rätt att ansöka utan begränsningar. Socialstyrelsen har också iakttagit att det förefaller bli en form av förhandling mellan den äldre och biståndshandläggaren när inte individuell behovsprövning görs. Vid dessa tillfällen blir den äldre hänvisad till det av kommunen fastställda urvalet av tjänster, exempelvis städning, inköp och matdistribution. Det kan leda till att äldre väljer att avstå från att ansöka om den hjälp de anser sig behöva. IVO kan inte uttala sig om omfattningen av detta problem, eftersom det är svårt att i dokumentationen spåra om socialtjänsten prövat den äldres alla önskemål.

I övrigt framkom i intervjuerna med äldre och deras anhöriga att enskilda äldre inte heller alltid fått ett skriftligt beslut. Det fanns exempel på äldre som blivit delgivna beslutet om avslag muntligt och inte informerats om rätten att överklaga.

En aspekt i sammanhanget är att en äldre person som behöver hjälp kan vara fysiskt eller kognitivt försvagad vid tidpunkten för ansökan. Hon eller han orkar eller förstår därmed inte att driva sina rättigheter och kan inte ta emot den information kommunen ger. Det kräver att socialtjänsten aktivt informerar och stödjer den äldre att ansöka om hjälp utifrån sina individuella behov och önskemål, oberoende av vad som finns av upphandlade tjänster och service i kommunen.

Många beslut som fattas inom kommunen gällande särskilt boende saknar de specifika insatser som den äldre ska få på boendet. I stället låter kommunen det särskilda boendet besluta om vad som ska göras. Under dessa omständigheter finns det risk för att hänsyn inte tas till den äldres rättigheter och behov. Insatserna väljs i stället utifrån de resurser det särskilda boendet har. Det blir då svårt för den äldre att förstå vilka insatser som beviljats och därmed kan inte den äldre heller ställa krav på den som ska genomföra insatserna. När det saknas beslut om vilka insatser den äldre behöver försvåras dessutom möjligheten för kommunen att följa upp hur behoven tillgodoses.

IVO vill klargöra att det inte får göras någon förskjutning i kommunens myndighetsutövning. Det är särskilt viktigt att beakta med tanke på fria vårdval och ett ökat antal privata aktörer inom vård och omsorg.

Socialstyrelsen har enbart för det sista tillsynsåret (2012) ställt särskilda krav i en av tio kommuner där det funnits återkommande brister i myndighetsutövningen. För en femtedel av kommunerna påtalades också ett behov av att utveckla handläggningen avseende bistånd till äldre i behov av omsorg.

Socialstyrelsen har också där det varit aktuellt påtalat för kommunen att när det gäller beslut om särskilt boende kan det vara lämpligt att fatta två beslut: ett beslut som avser bostaden och ett beslut som avser de hemtjänstinsatser den äldre behöver. Skälen till detta är att hemtjänstinsatserna kan variera över tid till skillnad från boendet.

De flesta har en genomförandeplan men det kan bli bättre

Den tillsyn som genomförts under det senaste året pekar på att de allra flesta äldre har genomförandeplaner till skillnad från föregående år. Då saknade i snitt en av

fem äldre en genomförandeplan. Det är en positiv utveckling eftersom det hittills bara funnits allmänna råd på området.

Men innehållet i de befintliga genomförandeplanerna som granskades under de tre åren varierade. Det sammantagna resultatet visar att närmare hälften av alla granskade genomförandeplaner bedömdes ha brister. Socialstyrelsen konstaterade att det i planerna ofta saknades en helhetssyn på den äldre (60 procent 2012).

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd om genomförandeplan bör genomförandeplanen bland annat beskriva målet med insatsen eller hur och när insatserna ska genomföras utifrån den äldres samlade behov och önskemål. Resultatet har visat att dessa uppgifter saknades i mellan hälften och upp till fyra av fem befintliga planer beroende på tillsynstillfälle. Det kan t.ex. innebära att det saknas uppgifter om hur den äldres behov av individuella aktiviteter för en meningsfull tillvaro ska tillgodoses. Det framgick än mer sällan om planen hade följts upp och reviderats, dvs. anpassats till ändrade förhållanden för den äldre.

Inför intervjuerna med de äldre under det sista tillsynsåret (2012) granskade Socialstyrelsen i vilken mån genomförandeplanerna utgick från beslutet om bistånd. Socialstyrelsen gjorde bedömningen att en fjärdedel av de befintliga genomförandeplanerna för äldre med hemtjänst inte stämde överens med de beviljade insatser som den äldre hade rätt till.

IVO vill förtydliga att när en genomförandeplan upprättas handlar det inte om att på nytt ta ställning till vilka behov som ska tillgodoses hos den äldre. I stället är genomförandeplanen avsedd att konkret beskriva hur kommunens beslut ska omsättas i praktisk handling.

Den äldres delaktighet framgår inte av genomförandeplanen

Det finns resultat som visar att den äldres delaktighet i vården och omsorgen sällan framkommer av dokumentationen. Det kan delvis förklaras av att den äldres kognitiva förmåga kan vara så försämrade att direkt delaktighet i en uppföljning av planen kan vara svår att uppnå. Men den äldre ska vara delaktig i sin vård och behandling. Genom beslutet och genomförandeplanen ska den äldre kunna utläsa vad denne har rätt att förvänta sig och kräva av de insatser som beslutats om.

Det finns goda exempel där t.ex. företrädare för särskilda boenden förmedlat att den äldre alltid ska vara med. Om den äldre inte har förmåga att själv uttrycka sina önskemål ska någon närstående eller företrädare få möjlighet att delta när genomförandeplanen upprättas och följs upp.

När det gäller hemtjänsten visade tillsynen att närmare en fjärdedel av de äldre inte hade fått tillfälle att lämna synpunkter på hur de önskade att omsorgen skulle genomföras. Det betyder också att den äldre eller närstående inte i tillräcklig utsträckning får vara delaktiga när planen följs upp och revideras. IVO vill understryka att den som bedriver äldreomsorg har ett ansvar att göra den äldres röst hörd.

Det är svårt att följa den äldres behov i dokumentationen

Resultatet från tillsynsperioden visar att det saknas journalanteckningar om omsorgen av de äldre för i snitt en fjärdedel av fallen. Socialstyrelsen bedömde dessutom att det ofta saknades dokumentation om händelser av vikt. Med händelser

av vikt menas hur situationen utvecklas för den äldre samt avsteg från planerade insatser.

För äldre som bor på särskilt boende flyter ofta hälso- och sjukvårdsinsatser och sociala insatser samman. Det kan vara en förklaring till att en dryg tredjedel av korttids- och demensboendena förde anteckningar enligt socialtjänstlagen och patientdatalagen i samma dokument. Sådana uppgifter får inte blandas samman.

Det är främst dokumentationen enligt socialtjänstlagen som behöver utvecklas för att säkerställa att den äldre får det den har behov av och har rätt till. Men Socialstyrelsen har också noterat brister i patientjournaler. Socialstyrelsen uppdagade att det förekom att patientjournaler saknade tillräcklig information om uppföljning av planerade och genomförda åtgärder.

Personalen behöver få förutsättningar att dokumentera

Det finns olika faktorer som inverkar på personalens möjlighet att dokumentera enligt socialtjänstlagen. När bemanningen inte står i proportion till omvårdnadsbehovet hos de äldre måste personalen prioritera bland sina uppgifter. Det finns då en risk för att man väljer bort att dokumentera helt eller delvis. Vård- och omsorgspersonal vet dessutom ofta inte hur och varför de ska dokumentera på ett korrekt sätt. Socialstyrelsen har i ett flertal beslut upplyst de granskade kommunerna om syftet med en korrekt och aktuell dokumentation i genomförandet av insatsen.

Systematiskt kvalitetsarbete

I syfte att garantera en kvalitetsutveckling i vården och omsorgen finns det föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Att ha ett fungerande ledningssystem är avgörande för att kunna se mönster och trender som indikerar vilka åtgärder som behöver vidtas. Genom ledningssystemet kan den som bedriver vård eller omsorg om äldre på ett systematiskt och strukturerat sätt styra och kontrollera processerna kring hur det dagliga arbetet ska förberedas, utföras och följas upp. Ledningen har också ett ansvar att samverka med olika aktörer i vårdkedjan. De ska tillsammans identifiera processer och utveckla gemensamma rutiner på övergripande och lokal nivå för att säkerställa en bättre samordning runt den äldre.

Ett ledningssystem skapar också förutsättningar för förbättringar, och inte minst möjligheten att förebygga brister och förhindra att oönskade eller allvarliga händelser inträffar. I detta sammanhang utgör ledningssystemets avvikelshantering en viktig grundsten för att utveckla verksamheten och garantera den äldre en god vård och omsorg. I avvikelshandlingen ingår att strukturerat och systematiskt ta emot och använda erfarenheterna från klagomål och synpunkter från de äldre och personal. Avvikelshandlingen består också av att ta tillvara det som framkommer av rapporter om risker eller vårdskador (lex Maria) och missförhållanden (lex Sarah). Eftersom handlingen av lex Sarah har varit känt som ett område med stora brister genom åren valde Socialstyrelsen att i tillsynen särskilt

fokusera på hur avvikelshanteringen fungerade. Vad anmälningarna enligt lex Sarah och lex Maria har handlat om har redovisats i andra rapporter från Socialstyrelsen.⁷

lakttagelser i korthet:

- ⊕ Det fanns rutiner för avvikelshantering i äldreomsorgen men det saknades systematik att ta tillvara avvikelser.
- ⊕ Synpunkter och klagomål från de äldre och deras anhöriga togs inte alltid tillvara i utvecklingsarbetet inom socialtjänsten.
- ⊕ Hälften av vård- och omsorgspersonalen saknade tillräcklig kännedom om sin rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah.
- ⊕ Personal avstod från att meddela avvikelser när återkopplingen var bristfällig.
- ⊕ Avvikelshanteringen i samverkan mellan olika huvudmän och vårdgivare försvårades när många aktörer var involverade och gemensamma avvikelssystem saknades.

Rutiner för klagomål och synpunkter finns men tillämpas inte fullt ut

Ett positivt resultat är att det i stort sett i alla granskade verksamheter funnits rutiner för att ta emot och hantera klagomål från de äldre. Däremot var det få av de äldre som kände till verksamhetens system för klagomål och synpunkter. Vid intervjuerna förmedlade å andra sidan de äldre och närstående ofta att det heller inte funnits något att klaga på.

Socialstyrelsen har i ett flertal beslut påtalat vikten av att ge de äldre tydlig information om hur och var de kan lämna synpunkter och klagomål. I vissa beslut har Socialstyrelsen även understrukt behovet av att skapa ett arbetsklimat där synpunkter och klagomål ses som ett underlag för verksamhetens utvecklingsarbete.

Stor okunskap om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah

Det stora flertalet av de granskade särskilda boendena hade även rutiner för att rapportera om missförhållanden eller risk för påtagliga missförhållanden (lex Sarah). Men Socialstyrelsens konstaterade att rutinerna inte föreföll tillämpliga. Personalen har en rapporteringsskyldighet enligt bestämmelserna i lex Sarah. Kunskapen om innebörden av de nya bestämmelserna var emellertid varierande. Omkring ett år efter att de nya reglerna om lex Sarah började gälla var det närmare hälften av den tillfrågade personalen som gav uttryck för att de var osäkra på hur de skulle gå tillväga i praktiken. Ungefär en fjärdedel av vård- och omsorgspersonalen uppgav under det sista tillsynsåret (2012) att den som bedrev verksamheten inte informerat om deras rapporteringsskyldighet. Det fanns också under 2012 års tillsyn en handfull särskilda boenden där personalen inte alls kände till de nya bestämmelserna som har funnits sedan den 1 juli 2011.

⁷ Tillsynsrapporter och Lägesrapporter från Socialstyrelsen, t.ex. Tillsynsrapport 2012.

Begreppet *fel* har försvunnit med Socialstyrelsens nya föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det förefaller ha lett till oklarhet om var gränsen för rapportering går. I vissa fall har personalen exempelvis uppfattat att det bara är missförhållanden som ska rapporteras till ansvarig för verksamheten. Utöver detta har det framkommit i intervjuerna att personalen ibland inte meddelade avvikelserna skriftligt. De ansåg att tiden inte räckte till för att rapportera. Eller att det inte var till någon nytta eftersom återkopplingen från ledningen inte var tillräcklig. Händelser och frågor som kan vara viktiga för utvecklingsarbetet har därför en tendens att endast diskuteras muntligt. Därför är det sannolikt att verksamheter inom äldreomsorgen missat att synliggöra och komma tillrätta med brister och allvarliga missförhållanden, eller risker för sådana.

Det saknas en systematisk och strukturerad avvikelshantering

Tillsynsresultatet pekar på att många som bedriver äldreomsorg ännu inte har ett systematiskt och strukturerat arbete med avvikelser. Upp till hälften av de verksamheter som granskats har inte tagit tillvara erfarenheterna från avvikelshantering i sitt arbete med att utveckla kvaliteten. Socialstyrelsen har i den första delrapporten i uppdraget framhållit behovet av att i samverkan mellan kommun och landsting skapa former för avvikelshantering för att gemensamt, över huvudmannagränserna komma tillrätta med svagheter i vårdkedjan.⁸

Avvikelshantering ska fungera som ett instrument för att förbättra verksamheten i vården och omsorgen om de äldre. Det är därför inte acceptabelt att en så stor andel som hälften av vård- och omsorgspersonalen inte visste hur de skulle rapportera brister och missförhållanden. Med stor sannolikhet har okunskapen hos personalen varit ett hinder för att vidta nödvändiga förbättringsåtgärder på både kort och lång sikt.

Huvudmännen som bedriver äldreomsorg är skyldiga att utveckla sina ledningssystem i enlighet med gällande bestämmelser. IVO anser att de måste bli mer aktiva genom att bland annat löpande informera personalen om avvikelshantering där rapporteringsskyldigheten ingår. Den som bedriver verksamheten ska också säkerställa att de rutiner som behövs är tillämpbara.

Socialstyrelsen har exempelvis i den oanmälda tillsynen 2011 vid 29 särskilda boenden ställt särskilda krav på åtgärder i närmare hälften av besluten (45 procent). Socialstyrelsen betonade i besluten att de som bedriver socialtjänst ska säkerställa att alla i personalen känner till sin rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah, och att bestämmelserna tillämpas i verksamheten. Socialstyrelsen har också påtalat behovet av att bättre informera såväl äldre och anhöriga som personal om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter.

Brister i vårdgivarnas interna avvikelshantering

Det kan i sammanhanget nämnas att utöver detta regeringsuppdrag redovisade Socialstyrelsen 2011 resultatet från en nationell granskning av vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete.⁹ Socialstyrelsen genomförde granskningen 2009 och 2010.

⁸ Delrapport 2011, Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre, Socialstyrelsen 2011.

⁹ Med vårdgivare i detta sammanhang avses landsting och sjukvårdsregioner, dvs. inte kommunala vårdgivare.

Tillsynsresultatet visade bland annat att i de fall vårdgivarna hade ett ledningssystem var det inte strukturerat, uppdaterat, ändamålsenligt eller känt i delar av organisationen. Rutinerna för att hantera avvikelser fungerade inte optimalt. Socialstyrelsen konstaterade också att uppföljningarna av patientsäkerhetsarbetet fokuserade mer på kvantitet än på kvalitet i vården.

Styrkor och svagheter kring avvikelser i samverkan

Granskningen har bland annat inriktats mot att bedöma hur avvikelshanteringen fungerar i samverkan. Resultatet tyder på att det finns forum i stora delar av landet för regelbunden strukturerad dialog och samordning över huvudmannagränserna kring de avvikelser som uppstått på grund av brister vid vårdplanering och informationsöverföring. Men iakttagelserna visar att det är svårt att upprätta sådana forum där det finns många privata utförare av vård och omsorg.

Personalen som arbetar med de äldre utgör en viktig länk till kunskap om hur vården och omsorgen fungerar. Men som tidigare nämnts har vård- och omsorgspersonalen sagt att de inte alltid meddelar eller rapporterar avvikelser skriftligt. Det gäller också risker eller brister som uppmärksammas i samverkan med externa aktörer. Det får till följd att viktig information försvinner på vägen. En konsekvens av detta är att brister i vårdkedjan inte blir synliggjorda och åtgärdade i tillräcklig utsträckning, eftersom fullständigt underlag för förändring saknas.

Men det fanns också goda exempel på fungerande gemensamma rutiner för avvikelshantering, där verksamheter inom landsting och kommuner samverkade på alla nivåer i vårdkedjan. I dessa fall har också samarbetet lett till förbättringar. I ett landsting skickades t.ex. inte äldre personer hem från sjukhuset sent på eftermiddagen. Det hade visat sig att det var svårt att nå berörda verksamheter sent på dagen.

I en fjärdedel av besluten har Socialstyrelsen ställt krav på att kommuner och landsting ska säkerställa att avvikelser rapporteras, analyseras, följs upp och återkopplas såväl internt som externt. I de flesta beslut har Socialstyrelsen påtalat behovet av att landsting och kommuner utvecklar formerna för avvikelshanteringen, men även för riskanalyser och egenkontroller.

Äldres synpunkter på vården och omsorgen

I tillsynen i vården och omsorgen av äldre är det av central betydelse att ta del av hur de äldre kvinnorna och männen själva upplever att det fungerar.

Äldre personer är inte en homogen grupp. Alla äldre har heller inte komplexa behov som kräver samordning av insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Tillsynsresultatet som redovisas i denna slutrapport har emellertid omfattat en granskning av hur vården och omsorgen fungerar för äldre som behöver både hälso- och sjukvård och rehabilitering i kombination med social omsorg. Det handlar således i huvudsak om äldre med stora sammansatta behov,

dvs. sköra äldre som lider av mångsjuklighet med olika former av funktionsnedsättningar.

Socialstyrelsen har också i tillsynen beaktat hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillämpat bestämmelserna och principerna om respekten för den äldres värdighet och integritet med möjlighet till inflytande och trygghet. Stor vikt har därför lagts på att genomföra intervjuer med äldre och deras närstående för att få reda på hur de själva upplever vården och omsorgens innehåll.

Iakttagelser i korthet:

- ⊕ De allra flesta äldre är nöjda med den hjälp de får av både socialtjänst och hälso- och sjukvården.
- ⊕ De äldre upplever bristande personalkontinuitet med många olika personer att förhålla sig till.
- ⊕ Många äldre vill ha mer individuellt anpassade aktiviteter av enklare karaktär, t.ex. promenader eller en pratstund.
- ⊕ Det förekommer att den fysiska miljön vid särskilda boenden inte är anpassad till de äldres behov, t.ex. tvingas äldre att dela rum och hygienutrymmen.

Många är nöjda men upplever delvis otrygghet

Det sammantagna tillsynsresultatet, men även andra undersökningar, visar på ett positivt resultat eftersom många (omkring 85 procent) äldre ger uttryck för att de är nöjda och trygga med den vård och omsorg de får. Men det betyder inte att de faktiskt får den vård och omsorg de har rätt till. Iakttagelserna i tillsynen visar exempelvis att äldreomsorgen inte alltid tillgodoser den äldres rätt till inflytande och behov av förutsägbarhet, kontinuitet och socialt innehåll. Det är viktigt att i sammanhanget påminna om att särskilt äldre med stora sammansatta behov är en grupp som är i en beroendeställning till dem som utför vården och omsorgen. Det kan påverka resultatet. I tillsynen har också både äldre och anhöriga gett tydligt uttryck för att de äldre saknar en meningsfull tillvaro.

Tillsynsresultatet tyder på att upplevelsen av trygghet för den äldre kan handla om att veta vilka personer inom hemtjänsten eller det särskilda boendet som ska ge hjälp, att det inte är för många olika personer som ger insatser och att de kommer på avtalad tid. Allt fler äldre bor hemma och har omfattande omsorgsinsatser. Det är därför viktigt att de insatser som utlovats genomförs och att uppgjorda tider hålls.

Äldre på särskilda boenden

De äldre och deras närstående som blev intervjuade i särskilda boenden uppgav sig vara till övervägande delen nöjda med den vård och den omsorg de fick. Personalen beskrevs bland annat som hänsynsfull med ett respektfullt och trevligt bemötande. De äldre upplevde i stor utsträckning trygghet och förtroende för dem som arbetade i verksamheterna.

Iakttagelserna i tillsynen har visat en variation i hur de äldre uppfattade att personalen tog hänsyn till vanor och vardagsrutiner. Under 2011 års tillsyn på särskilda boenden konstaterades att äldre många gånger fick anpassa sig till

bemanningen och personalens schema i stället för tvärtom. Resultatet från motsvarande oanmälda tillsyner som gjordes under 2012 visar att hela 93 procent av de äldre upplevde att deras vanor och dygnsrytm blev respekterade.

I sammanhanget är det viktigt att påminna om resultat från bland annat 2011 års föranmälda tillsyn. Socialstyrelsen bedömde att drygt hälften av de särskilda boendena som var föremål för tillsyner begränsade den äldres möjlighet att känna trygghet och säkerhet, och inte minst självständighet genom att kunna röra sig fritt. Skälen var att de inte klarade av att låsa och öppna sina lägenhetsdörrar eller att komma utanför verksamheten på egen hand. Många av de äldre med demenssjukdom behöver hjälp av personalen för att kunna röra sig fritt. Det framkom att larm inte besvarades av personalen och att det fanns enheter som var obemannade upp till en timme.

Äldre som bor kvar i sina hem

Vid tillsyner 2012 uppgav de äldre att de i huvudsak var nöjda och kände sig trygga med den hjälp de fick av hemtjänsten. Även i dessa intervjuer återkom många av de äldre till att personalen hade ett trevligt bemötande. Däremot var det en femtedel av dem som förmedlade att det var alltför många olika personer att förhålla sig till. Personalen kunde ofta också upplevas som stressad och ha alltför bråttom. Tre fjärdedelar av de äldre bedömde att de själva fått bestämma hur och när de önskade att hjälpen skulle utföras. Det fanns positiva röster som beskrev hemtjänstpersonalen med *"Det är helt underbart, de ger sig tid"* eller *"De är rara och trevliga"*.

Samtidigt framkom det av intervjuerna med de äldre att de ofta upplevde att personalen hade svårt att hålla överenskomna tider på morgnarna, runt måltider, nätter och helger men även sommartid. Det inverkar på möjligheten att få insatsen uträddad vid rätt tidpunkt och på rätt sätt när den äldre hade behov av den, eller att få en stund att samtala med hemtjänstpersonalen. Någon av de äldre som intervjuats uttryckte det med *"Gruvar mig för duschdagarna då jag aldrig vet vem som ska hjälpa mig"* och en annan med *"Vid ett visst klockslag beräknas man behöva toalettbesök"*. En äldre kvinna berättade att *"En del kan dra i mig för hårt"*.

Omsorgen är inte tillräckligt individbaserad

Brister i personalkontinuitet men också kompetens tonar fram som ett generellt problem inom framför allt hemtjänsten, men det förekommer även vid särskilda boenden. Trots positiva ordalag om personalens ansträngningar att bistå, menar ett stort antal av de äldre som intervjuats att hjälpen i hemmet ges av alltför många personer. Dessutom har personalen inte tid att stanna upp – de har för bråttom att ägna tid åt de äldre. Det brister också i personalens kompetens.

Socialstyrelsen har iakttagit att vård- och omsorgspersonalen inte alltid heller har tillräckliga språkkunskaper för att samtala med de äldre. Det kan handla om äldre som har annat modersmål än svenska, eller där de äldre är svensktalande men personalen har språksvårigheter.

Förutom bristen på tid och kompetens, och inte minst på personal som ständigt byts ut, utgör svårigheterna att kommunicera också en faktor som kan inverka på möjligheterna att skapa förtroendefulla relationer, som leder till lyhördhet hos

personalen. Sammantaget kan det innebära att personalen inte kan lära känna den äldres behov eller att i tid uppmärksamma ett försämrat hälsotillstånd.

IVO bedömer att bristerna i personalkontinuitet, och i personalens kompetens, medför att många som bedriver äldreomsorg knappast kan anses tillmötesgå kraven om en individbaserad omsorg. De uppfyller heller inte bestämmelserna om att arbeta efter värdegrundslagstiftningen. Av lagen framgår att den äldre, så långt det är möjligt, ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

Behov av mer meningsfull vardag

Det är oroande att många äldre saknar en meningsfull tillvaro i sin vardag. Äldre har i intervjuer framhållit en önskan om enklare individuella aktiviteter, som en pratstund med personalen eller att få komma utomhus. Tillsynen pekar på att personalen sällan prioriterar sådana önskemål.

Under tillsynen 2011 konstaterades att mer än hälften av dem som intervjuats i tillsynen gav uttryck för detta. Socialstyrelsen har iakttagit att biståndet bara förefaller täcka de allra nödvändigaste insatserna. Dessutom kan det vara många och olika aktörer som utför tjänsterna över hela dygnet. Sociala aktiviteter anordnas som gruppaktivitet i särskilda boenden, och är i alltför liten utsträckning baserad på den äldres individuella önskemål och ork att delta.

I tidigare publicerade tillsynsrapporter har det framhållits att äldreomsorgen i alltför hög grad inriktar insatserna mot den äldres fysiska och medicinska behov. Sociala, psykiska och existentiella behov prioriteras bort eller får inte den uppmärksamhet som behövs. IVO vill betona att det sociala innehållet i den äldres vardag behöver få större plats i planeringen och genomförandet av insatserna, i syfte att öka den äldres välbefinnande.

Granskningen av äldreomsorgen visar på en variation i hur de äldre upplevde det sociala innehållet i vardagen. Tre fjärdedelar av de intervjuade på de särskilda boendena ansåg sig ha en aktiv och meningsfull tillvaro (74 procent) i förhållande till sina behov. Det fanns äldre som ansåg att de hade roligt tillsammans med personalen. Andra som intervjuats uttryckte däremot att det var svårt att få egen tid med personalen, och att det även dröjde länge innan beviljade insatser utfördes. En äldre man uttryckte en viss uppgivenhet genom att säga att *"När man är här får man ta det som det är"* och en annan förklarade att *"Personalen är perfekt. Lite långsamt ibland bara"*.

I enstaka särskilda boenden saknades sysselsättning. Men i de allra flesta boenden anordnades gemensamma aktiviteter (93 procent), även om inte alla överensstämmer med de äldres individuella behov.

Det finns goda exempel på verksamheter som försökte anpassa aktiviteterna både till individen och till gruppen. Naturligtvis fanns det äldre som också upplevde och uppskattade att det fanns många aktiviteter att välja mellan. I en handfull särskilda boenden hade man under det sista tillsynsåret anlitat ungdomar för att de äldre lättare skulle komma utomhus under sommaren.

I sammanhanget är det viktigt att understryka behovet av att följa den lagstadgade värdegrunden för äldre i socialtjänstlagen. Den innebär att omsorgen om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. En person ska även vid hög ålder ha rätt att leva sitt liv utifrån sin

identitet och personlighet. Begreppet välbefinnande tar sikte på den subjektivt upplevda känslan av välbefinnande, varmed avses upplevelsen av den egna situationen. De som bedriver äldreomsorg behöver därför värna om och respektera de äldres rätt till privatliv och integritet.

Krav på värdighet och integritet åsidosätts vid särskilda boenden

Det finns regler och uttalanden i förarbeten som rör frågor om god kvalitet för äldre som bor i särskilda boendeformer. Socialstyrelsen har under tillsynsperioden bland annat konstaterat att bestämmelserna om värdegrund i socialtjänstlagen inte tillämpas när det gäller de äldres fysiska miljö.

Förutom att det finns äldre som tvingas dela rum och hygienutrymmen på särskilda boenden visar tillsynen också att det finns äldre som bor på trånga ytor. De äldre får helt enkelt inte plats med sina privata ägodelar och det finns inte kokmöjligheter. Det förekommer också att det saknas lås till egen dörr eller koder vid låsta dörrar. Larmsystemen är inte alltid tillförlitliga och kan inte spåras. Det händer att larmen inte besvaras. När den äldres behov av hjälp inte uppmärksammas av personalen riskerar den äldre att begränsas i sin rörelsefrihet.

Det är inte heller ovanligt att miljön runt den egna lägenheten mer liknar ett sjukhus än ett hem. Lokalerna kan bestå av boendeenheter på flera plan med långa korridorer och torftigt utrustade gemensamma utrymmen. Dessutom bör man ta hänsyn till att den generation äldre som bor på särskilda boenden i dag ofta tidigare i livet har varit vana med hemlagad mat. Att inte få känna dofter och uppleva smaker av mat som tillagas på boendet, eller en trivsamt stund vid måltiden, förefaller skapa en otillfredsställelse hos de äldre.

IVO vill understryka att det inte är förenligt med kraven på god kvalitet att äldre personer vid ett särskilt boende måste dela rum eller lägenhet med en annan person. Under dessa omständigheter försvåras möjligheten att uppfylla kraven om att visa respekt för den äldres integritet. Det finns också en risk för att bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt inte kan tillämpas. De äldre som bor och vårdas på särskilda boenden har ofta ett stort vård- och omsorgsbehov och ett nedsatt allmäntillstånd, som medför ökad mottaglighet för smitta. Det ställer stora krav på ledningen att det finns fungerande hygienrutiner som tillämpas av personalen.

Övervägande delen av de äldre har bra kontakt med hemsjukvården

De äldre personerna var också nöjda med hemsjukvården. Det stora flertalet av dem (77 procent) menade att de hade haft en dialog med hälso- och sjukvårdspersonalen om den hälso- och sjukvård och rehabilitering de fick. Men det fanns äldre som upplevde svårigheter med att få hjälp av sjukgymnast i hemmet. En äldre person uttryckte det med att *"Hade en sjukgymnast när jag låg på sjukstugan och fick ett program med mig hem. Ingen har varit hem hit"*. Det framkom att kontinuitet i kontakten med läkare var uppskattad. Många av de äldre saknade emellertid en sådan kontakt, och upplevde uppföljningen av behandlingen av sina diagnoser och sjukdomar som otrygg och besvärlig.

Följsamhet till Socialstyrelsens krav

Enligt regeringsuppdraget skulle Socialstyrelsen göra en uppföljning av de krav på åtgärder som Socialstyrelsen ställt på huvudmännen. I detta avsnitt presenteras resultat och slutsatser från den uppföljande tillsynen.

Socialstyrelsen har under tillsynsperioden 2010–2012 ställt krav på att sju av tio verksamheter som bedriver vård och omsorg om äldre ska vidta åtgärder för att uppfylla gällande bestämmelser på området. Kraven har riktat sig till kommuner, landsting och sjukvårdsregioner samt entreprenader och enskilda verksamheter.

Socialstyrelsen begärde i varje beslut med krav om åtgärder att berörda huvudmän skulle redogöra skriftligt för hur bristerna rättats till. I tillägg gjorde Socialstyrelsen ytterligare en eller flera inspektioner på plats i ett flertal verksamheter.

Utifrån huvudmännens egna skriftliga beskrivningar av hur åtgärderna hade vidtagits bedömde Socialstyrelsen i de allra flesta fall att åtgärderna varit tillräckliga, och därmed avslutat respektive tillsyn med ett slutgiltigt beslut.

Uppföljande tillsyn

Under hösten 2012 påbörjade Socialstyrelsen planeringen av en uppföljande tillsyn av hur granskade verksamheter i praktiken följt Socialstyrelsens krav på åtgärder. Socialstyrelsen ville också få kännedom om vilket genomslag förbättringarna och förändringarna fått i verksamheterna. Granskningen avslutades under första kvartalet 2013. Inför tillsynen gjordes ett stratifierat slumpmässigt urval av 46 av de 205 verksamheter, som Socialstyrelsen ställt krav på under 2010 och 2011.

Den tillsyn som Socialstyrelsen genomförde under 2012 var inte helt slutförd när den särskilda uppföljande tillsynen initierades. Av det skälet genomfördes ingen uppföljning av de tillsynsobjekt som varit föremål för granskning under 2012.

Hade brister och missförhållanden rättats till?

Den uppföljande tillsynen visade att 74 procent av de berörda huvudmännen genomfört Socialstyrelsens krav på förbättringar. Åtgärder hade också på olika sätt fått genomslag i verksamheterna.

Men i en fjärdedel av fallen (12) hade Socialstyrelsens krav på åtgärder delvis eller inte alls vidtagits. Det som kvarstod handlade i huvudsak om dokumentation: att säkerställa rättssäkerheten för den äldre vid handläggning av beslut och dokumentation när insatsen genomfördes. Enstaka verksamheter hade exempelvis inte heller genomfört planerade åtgärder avseende avvikelshantering eller bemanning.

Socialstyrelsen förtydligade kraven genom nya beslut. Där tydligt utvecklingsarbete pågick valde Socialstyrelsen att till 19 kommuner och ett landsting också understryka behovet av att säkerställa att åtgärderna får avsedd effekt och att de följer gällande bestämmelser på området.

Har vården och omsorgen blivit bättre för de äldre?

Socialstyrelsen har bedömt att de allra flesta verksamheter som varit föremål för tillsyn genomfört förändringar och förbättringar för att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen av äldre.

Men IVO finner det anmärkningsvärt att en så pass stor andel (26 procent) av de granskade verksamheterna i denna uppföljande tillsyn har låtit bli att vidta tillräckliga åtgärder. IVO vill emellertid inte dra alltför långtgående slutsatser från resultatet i denna uppföljande tillsyn. Antalet tillsynsobjekt har varit begränsat, och i huvudsak handlat om krav på åtgärder för dem som bedriver äldreomsorg. IVO vill i sammanhanget betona att verksamheterna genom ett systematiskt kvalitetsarbete själva behöver ta ett större ansvar för att ge en god vård och omsorg i enlighet med gällande bestämmelser.

Metoder och bestämmelser

Detta kapitel innehåller dels en redovisning av Socialstyrelsens tillvägagångssätt i den operativa tillsynen, dels en sammanställning av det regelverk som legat till grund för tillsynen och de krav Socialstyrelsen ställt mot berörda huvudmän:

- > Tillvägagångssätt
- > Gällande bestämmelser på området

Tillvägagångssätt i tillsynen

Socialstyrelsen har ur olika perspektiv granskat hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillgodoser den äldres behov hjälp. Varje inspektion har genomförts utifrån gällande bestämmelser i regelverk på området.

I enlighet med uppdraget har både föranmälda och oanmälda inspektioner genomförts. Båda har för- och nackdelar. En föranmäld tillsyn kan vara mer effektiv. Då får verksamheten möjlighet att förbereda sig genom att ta fram efterfrågad dokumentation och se till att chefer och personal har avsatt tid för intervjuer. En risk är emellertid att informationen blir tillrättalagd och att tillsynens resultat därför kan ifrågasättas. En oanmäld tillsyn kan ge en ögonblicksbild. Men samtidigt kan det vara svårt att få tillgång till dokumentation i verksamheten. Vid oanmälda inspektioner finns det också en risk för att personalen på plats inte kan svara på frågor om verksamheten. En ytterligare nackdel med oanmälda inspektioner är att de kan vara olämpliga vid boenden för särskilt sårbara målgrupper.

Utifrån regeringsuppdraget inriktades tillsynen under de tre åren mot olika granskningsområden i de föranmälda inspektionerna. Socialstyrelsen har genomfört de oanmälda inspektionerna vid korttids- eller demensboenden under semesterperioden varje sommar, då många vikarier är i tjänst. Dessa inspektioner hade bland annat fokus på frågor om bemanning och personalens kompetens, men även på samverkan och dokumentation.

Urvalet har utgått från en riskbedömning av brister i kvalitet. En annan parameter för urvalet var att granska boenden som inte hade varit föremål för tillsyn under en längre tid.

Under tillsynsperioden har ett omfattande antal intervjuer gjorts såväl med äldre och deras närstående som med företrädare för och personal i olika verksamheter. Därutöver har ett mindre antal personal och berörda äldre personer besvarat enkäter. En gedigen granskning har också genomförts av dokumentationen, exempelvis biståndsbeslut, löpande anteckningar enligt socialtjänstlagen och genomförandeplaner. Även patientjournaler och ordinationshandlingar för läkemedel har granskats.

Socialstyrelsen har genomfört uppdraget genom att bland annat använda några av myndighetens kvalitetsindikatorer och nationella bedömningskriterier som verktyg i tillsynen. Socialstyrelsen avslutade tillsynen i uppdraget genom att under

2013 göra en särskild uppföljning av hur kraven på åtgärder fått genomslag i de berörda verksamheterna.

Tillsynen 2010

I den föranmälda tillsynen 2010 granskade Socialstyrelsen frågor om samverkan genom att följa upp hur vårdkedjan fungerade för två till fyra äldre personer i ett urval av landsting och kommuner. Socialstyrelsen gjorde också en tillsyn av rättssäkerheten i handläggningen av biståndsansökningar från de äldre. Under sommaren samma år gjordes oanmälda inspektioner vid korttids- och demensboenden. I fokus var frågor om samverkan, dokumentation i genomförandet, bemanning och kompetens samt omsorgens innehåll. Utöver regeringsuppdraget genomförde Socialstyrelsen en tillsyn av demensboenden i november samma år. Syftet med den oanmälda tillsynen var att få en bild av hur personer med demenssjukdom får sina behov av trygghet och säkerhet tillgodosedda nattetid. Resultatet från tillsynen redovisades i den första delrapporten till regeringen den 31 maj 2011.

Tillsynen 2011

Socialstyrelsens tillsyn har tidigare visat på stora brister vid särskilda boenden, vilket föranledde Socialstyrelsen att i enlighet med uppdraget genomföra 2011 års föranmälda tillsyn i 123 särskilda boenden. Närmare hälften av dessa boenden var demensboenden, dvs. boenden som är inriktade på personer med demenssjukdom. I den oanmälda tillsynen genomfördes inspektioner vid 45 korttidsboenden. Fokus och granskningsmetod var densamma som året dessförinnan. Den föranmälda tillsynen var inriktad mot att granska olika aspekter av innehållet i vården och omsorgen: samverkan, personal och bemanning, dokumentation, basal vårdhygien, läkemedelshantering, riskanalyser och den äldres delaktighet i vården och omsorgen. Socialstyrelsen granskade även system för patientsäkerhetsarbete, t.ex. hur uppföljningen av läkemedelsbehandling fungerade.

Tillsynen genomfördes i 161 kommuner och samtliga landsting och sjukvårdsregioner av Socialstyrelsens sex regionala tillsynsenheter. Totalt intervjuades 332 äldre personer och 269 närstående till de äldre.

Resultatet från tillsynen redovisades i delrapport II till regeringen den 31 maj 2012.

Tillsynen 2012

Den föranmälda tillsynen under 2012 hade fokus på samverkan vid in- och utskrivning av äldre personer i den slutna vården, samt på den äldres insatser av hemtjänst, hemsjukvård och rehabilitering.

Granskningen kring samverkan och informationsöverföring genomfördes i de kommuner som ännu inte varit föremål för granskning under de två föregående åren. Totalt genomfördes 55 inspektioner.

Vid tidpunkten för tillsynen hade kommunen tagit över ansvaret för hemsjukvården från primärvården i ungefär hälften av de kommuner som granskades. I flera av landstingen med tillhörande kommuner pågick dock långtgående planer på ett kommunalt övertagande av hemsjukvården.

Vid 45 av de 55 inspektionerna intervjuades representanter från den slutna vården. I den oanmälda tillsynen intervjuades såväl chefer som personal vid de särskilda boendena. Totalt intervjuades 80 äldre och tre närstående på dessa korttids- och demensboenden, varav nio äldre via enkät.

Oanmäld respektive föränmäld tillsyn 2012

I den oanmälda tillsynen genomfördes sammanlagt 29 inspektioner under sommarmånaderna i samma antal kommuner och stadsdelar. Totalt granskades åtta demensboenden och 21 korttidsboenden. Majoriteten av de granskade verksamheterna drevs i kommunal regi.

Precis som i föregående års oanmälda tillsyner var frågor om bemanning och personalens kompetens samt introduktion av nyanställda i fokus. Även frågor om samverkan och dokumentation i genomförandet belystes. Verksamhetsansvariga chefer, ordinarie eller vikarierande vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) intervjuades. De äldre eller deras närstående besvarade också frågor om sina upplevelser av vården och omsorgen. Dokumentationsgranskningen genomfördes antingen på plats eller genom att dokumentationen begärdes in efter inspektionen.

Den föränmälda tillsynen har varit uppdelad i två olika fokusområden: dels samverkan vid in- och utskrivning av äldre i den slutna vården, dels den äldres insatser av hemtjänst, hemsjukvård och rehabilitering.

Totalt genomfördes 110 gruppintervjuer om informationsöverföring och samverkan med dels ansvariga företrädare eller chefer som drev verksamheten, dels chefer och personal med olika kompetens på utförarnivå. Liknande frågor ställdes till båda grupperna.

Socialstyrelsen gjorde också intervjuer med 257 äldre personer med stora sammansatta behov i deras hem, och 18 intervjuer per telefon om deras erfarenheter av hemtjänst, hemsjukvård och rehabilitering. Tillsynen omfattade granskning av dokumentation i genomförandet av hemtjänstinsatser.

Intervjuer med äldre personer med annat modersmål än svenska

För att få en tydlig nationell bild av vården och omsorgen av äldre är det viktigt att intervjua äldre med annan etnisk bakgrund än svensk. Men det var ovanligt att äldre med annat modersmål än svenska ville ställa upp på en intervju under inspektionerna. Det visade sig också vara svårt att få till stånd intervjuer med äldre som talade något av de fem minoritetsspråken finska, jiddisch, samiska, romani chib eller meänkieli.

Tillsyn av läkemedelsförskrivning 2012

I samband med att Socialstyrelsen överlämnade den andra delrapporten till regeringen (Socialdepartementet) i maj 2012 presenterades kortfattat en fördjupad planering av läkemedelsförskrivning enligt uppdraget. Socialstyrelsen bedömde att det var lämpligt att den fördjupade tillsynen under den sista delen av tillsynsperioden skulle ta utgångspunkt i Socialstyrelsens reviderade föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelsbehandling i hälso- och

sjukvården. Granskningen skulle således främst ha fokus på hur vårdgivare tillämpade bestämmelserna om enklare och fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Socialstyrelsen beslutade under hösten 2012 att ändra inriktningen på tillsynen i uppdraget, och inte genomföra en fördjupad tillsyn av läkemedelsförskrivning.¹⁰ Ett av skälen var att färskare uppgifter om förskrivning och användning av läkemedel tydde på en minskad förskrivning. Detta föreföll ha samband med de prestationsersättningar som staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL) kommit överens om. Ett annat skäl var att ett flertal av projekten inom regeringens satsning på de mest sjuka äldre redan hade rapporterats av Socialstyrelsen. Några av dem berörde frågor om läkemedel eller närliggande områden. Kunskapen om förskrivning och användning av läkemedel hade därmed ökat och utmynnat i andra uppdrag till myndigheter, och andra aktiviteter inom vård och omsorg av äldre. Några exempel är revideringen av läkemedelsföreskriften, framtagande av nya indikatorer i Öppna jämförelser, granskning av de nationella riktlinjerna (demens), ny terminologi i ordinationsprocessen, projekt kring primärvårdens ansvar avseende de mest sjuka äldre samt uppföljning och analys av utvecklingen av läkemedelsanvändning.

Socialstyrelsen menade också att det gick att följa utvecklingen vid de mätningar som görs på området: t.ex. Svenskt Demensregister, Svenskt register för Beteendestörning och Psykiska symptom vid Demenssjukdom och Svenska Palliativregistret samt även riskbedömning av äldre via Senior Alert. Flera landsting och regioner hade också tagit fram regionala handlingsplaner med fokus på god läkemedelsbehandling av gruppen.

Socialstyrelsen hade gjort en uppföljande tillsyn av läkemedelshanteringen (läkemedelsordinationer) utifrån tillsynsresultatet vid särskilda boenden under 2011. Resultatet visade att det inte fanns behov av att gå vidare i tillsynen, eftersom inga anmärkningsvärda resultat framkommit. Samtliga beslut hade dessutom avslutats utan krav. Omställningstiden för vårdgivare att implementera den reviderade läkemedelsföreskriften ansågs också alltför kort för att en tillsyn skulle kunna göra nytta.

Tillsynen 2013

En del av regeringsuppdraget bestod i att följa upp hur de granskade verksamheterna hade följt Socialstyrelsens krav på åtgärder. Utifrån ett slumpmässigt urval genomförde Socialstyrelsen tillsyn av totalt 46 verksamheter, som varit föremål för tillsyn 2010 och 2011. I urvalet ingick endast verksamheter där Socialstyrelsen konstaterat brister och ställt krav på åtgärder.

Metoderna för inspektionerna var förhållandevis likvärdiga mellan Socialstyrelsens tillsynsregioner. Socialstyrelsen gjorde i de flesta fall förannmälda, men även fyra oanmälda, inspektioner i de utvalda verksamheterna. Som regel blev både chefer och personal intervjuade, och granskning av dokumentation genomfördes. I några fall valde Socialstyrelsen att inhämta dokumentation skriftligt och göra kompletterande intervjuer med personal eller enstaka äldre på telefon.

¹⁰ Dnr 00-10233/2009.

Inriktningen och frågorna vid varje tillsyn skilde sig dock åt vid de uppföljande inspektionerna. Utgångspunkten för respektive tillsyn var de tidigare krav på åtgärder som Socialstyrelsen ställt och vad verksamheten därefter redovisat av vidtagna och planerade åtgärder. Inför några inspektioner blev det aktuellt att även genomföra granskningen utifrån klagomål, som inkommit oberoende av resultatet från tillsynen enligt regeringsuppdraget.

Gällande bestämmelser på området

Det regelverk som styr de verksamheter som utför vård och omsorg om de äldre är omfattande. Nedan följer en sammanfattning av de viktigaste bestämmelserna som legat till grund för den aktuella tillsynen.

Kvalitet i vård och omsorg – den enskildes inflytande och integritet

Av portalparagrafen i 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, framgår att verksamhet inom socialtjänsten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. I 3 kap. 3 § samma lag anges att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Enligt 3 kap. 5 § SoL ska socialnämndens insatser för den enskilde utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan, organisationer och föreningar.

Under de år som tillsynsuppdraget löpt har portalparagrafen kompletterats med en bestämmelse om värdegrund avseende omsorgen om äldre. I 5 kap. 4 § SoL anges att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Av paragrafens andra stycke framgår att socialnämnden ska verka för att äldre får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Av 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, framgår att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare framgår av 2a § HSL att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. God vård innebär bland annat att vården ska vara av god kvalitet med god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Vidare ska den bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vårdgivaren har enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.¹¹ I 31 § HSL anges att kvaliteten inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Ansvar för hälso- och sjukvården till äldre är delat mellan landstingen och kommunerna. Landstingen ska enligt 3 - 3 c och 4 §§ HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget samt till dem som

¹¹ Denna lag trädde i kraft den 1 januari 2011.

stadigvarande vistas där. Kommunens ansvar för hälso- och sjukvården omfattar enligt 18 § första stycket HSL bland annat dem som bor i en sådan särskild boendeform för äldre som avses i 5 kap. 5 § andra stycket SoL. Men kommunens ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård). Såväl landstinget som kommunen har möjlighet att sluta avtal med någon annan att utföra de uppgifter de ansvarar för.

Enligt 3 b § HSL ska landstinget erbjuda bosatta inom landstinget habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. När vård ges av kommunen i enlighet med 18 § HSL, dvs. vård upp till och med sjuksköterskenivå, på särskilt boende och hemsjukvård är det kommunen som enligt 18 b § samma lag ska erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel.

Kvalitet i vård och omsorg – bemanning och kompetens

Enligt 3 kap. 3 § SoL ska det i socialtjänstens verksamheter finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Vad detta faktiskt innebär finns inte reglerat. Men råd om vilken kompetens som behövs för dem som arbetar med äldre inom socialtjänsten finns i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2007:17) om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer och i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2012:3) om värdegrunden i socialtjänstens omsorg.¹² Enligt 2 e § HSL ska det där det bedrivs hälso- och sjukvård finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Tvångs- och skyddsåtgärder

Hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bygger på frivillighet, och innebär att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Det innebär att den enskildes säkerhet måste tillgodoses utifrån de bestämmelser som gäller för hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt att vården och omsorgen ges med hänsyn till den enskildes självbestämmande och integritet. Begränsande åtgärder, t.ex. larm, bälten och sänggrindar, får endast användas med den enskildes samtycke och under förutsättning att de ska vara till hjälp för den enskilde. Ytterdörrar eller motsvarande kan vara låsta men de äldre som inte själva kan öppna en sådan låst dörr måste utan dröjsmål få hjälp med detta. Den äldres lägenhetsdörr kan endast låsas efter samtycke.

Vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst ska, som ovan angetts, se till att verksamheten har tillräcklig bemanning och att personalen har rätt kompetens för de arbetsuppgifter de ska utföra. Verksamheten ska bedrivas i lämpliga lokaler och i övrigt organiseras så att den lever upp till de krav som ställs i hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen.

¹² SOSFS 2012:3 trädde i kraft den 14 februari 2012.

Handläggning och dokumentation av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser

Socialnämndens handläggning och dokumentation styrs dels av bestämmelser i förvaltningslagen (1986:223), dels av bestämmelser i socialtjänstlagen. Vidare finns kompletteringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Sammanfattningsvis gäller följande: Socialnämnden ska informera den enskilde om rätten att ansöka om olika former av bistånd, t.ex. boende för service och omvårdnad för äldre människor (särskilt boende) och hemtjänst, utifrån egna önskemål och behov, utan att begränsas av kommunens utbud eller riktlinjer. Vidare ska den enskilde informeras om hur handläggningen går till och om möjligheten att överklaga ett eventuellt avslagsbeslut. För att göra en individuell bedömning behöver biståndshandläggaren vara lyhörd för den enskildes önskemål och behov. Beslutet ska fattas inom rimlig tid och avslag ska motiveras och delges den enskilde tillsammans med information om hur beslutet kan överklagas. Om den enskilde begär det ska underrättelsen göras skriftligt.

Enligt 11 kap. 5 § SoL ska handläggning av ärenden som rör enskilda och genomförande av beslut om stödinsatser dokumenteras. Genomförandet av en insats ska dokumenteras fortlöpande och det bör göras i en journal. Det är den beslutande nämnden som är ansvarig för att den enskilde verkligen får det bistånd som har beviljats, oavsett vilken verksamhet som verkställer biståndet. Med detta ansvar följer en skyldighet att dokumentera att beslutet har verkställts och att följa upp det beviljade biståndet.¹³

Som tidigare nämnts ska insatser enligt socialtjänstlagen utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. För att möjliggöra att den enskilde får inflytande över genomförandet av insatserna finns i ovan nämnda föreskrift (SOSFS 2006:5) allmänna råd om upprättande av genomförandeplan. I en genomförandeplan bör det dokumenteras hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras. En genomförandeplan bör utformas tillsammans med den enskilde. Planen bör utgå från biståndsbeslutet och den enskildes önskemål och konkretisera när och hur insatsen ska genomföras.

Handlingar som rör enskildas personliga förhållanden ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Ovan nämnda bestämmelser som rör socialtjänstlagen kompletteras med bestämmelser i bland annat patientdatalagen (2008:355) där skyldigheten att föra patientjournal inom hälso- och sjukvården regleras. Med hänsyn till bland annat att dokumentationsskyldigheten styrs av skilda lagstiftningar, reglerna om sekretess och till att gallringstiderna är olika på de båda områdena är det inte möjligt att föra gemensam dokumentation inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.¹⁴

¹³ Prop. 2005/06:113 s. 118.

¹⁴ Se Socialstyrelsens handbok om handläggning och dokumentation inom Socialtjänsten.

Systematiskt kvalitetsarbete – riskanalyser, egenkontroller och avvikelser

För att den äldre ska få god vård och omsorg krävs att vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst planerar, följer upp och kontinuerligt utvecklar och förbättrar verksamheten. Som tidigare nämnts finns bestämmelser såväl i hälso- och sjukvårdslagen som i socialtjänstlagen om att kvaliteten fortlöpande ska utvecklas och säkras.¹⁵ En förutsättning för detta är att verksamheten har ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Under tillsynens första två år reglerades huvudmännens ledningssystem av två olika föreskrifter, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Dessa föreskrifter pekade bland annat ut vissa områden där rutiner skulle upprättas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Från den 1 januari 2012 gäller en gemensam reglering för socialtjänsten och hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst ska enligt denna identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Aktiviteterna i varje process ska identifieras och rangordnas, och för varje aktivitet ska rutiner utarbetas och fastställas som behövs för att säkra kvaliteten. Dessutom ska huvudmannen systematiskt förbättra verksamheten med hjälp av riskanalyser, egenkontroller och utredning av avvikelser.

Riskanalyser

I de äldre föreskrifterna om ledningssystem fanns endast direkta krav på riskhantering inom hälso- och sjukvården. Enligt 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9 ska såväl vårdgivaren som den som bedriver socialtjänst fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Därefter är huvudmannen skyldig att dels vidta åtgärder som säkrar verksamhetens kvalitet, dels förbättra verksamhetens processer och rutiner om dessa inte är ändamålsenliga.

Egenkontroller

De tidigare föreskrifterna om ledningssystem ställde krav på att huvudmännen skulle utveckla metoder för att följa upp att verksamheten var av god kvalitet. I 5 kap. 2 § SOSFS 2009:11 förtydligas att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren, eller den som bedriver socialtjänst, ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Med hänsyn till resultatet av egenkontrollerna ska huvudmannen vidta åtgärder som säkrar verksamhetens kvalitet och förbättra verksamhetens processer och rutiner om dessa inte är ändamålsenliga.

¹⁵ 3 kap. 3 § SoL samt 31 § HSL.

Hantering av fel och brister samt avvikelser

Under de två första åren av tillsynsuppdraget innebar de då gällande föreskrifterna att det skulle finnas riktlinjer och rutiner för att identifiera och hantera fel och brister i verksamheter enligt socialtjänstlagen respektive avvikelser inom hälso- och sjukvården. Med detta menade man i huvudsak information som personalen lämnat. Dessutom skulle klagomål från de äldre, anhöriga m.fl. tas emot och användas för att förbättra verksamheten.

I den nya föreskriften används begreppet avvikelser som ett samlingsbegrepp. I begreppet ingår klagomål och synpunkter, som kan komma från personal, den äldre, anhöriga, andra myndigheter m.fl. Begreppet ”fel och brister” har således försvunnit. Begreppet avvikelser omfattar dessutom de rapporter som personalen har en lagstadgad skyldighet att lämna till huvudmannen. Sådan rapporteringsskyldighet föreligger enligt 14 kap. 3 § SoL (lex Sarah).¹⁶ Den som fullgör uppdrag inom socialtjänsten är skyldig att rapportera om missförhållanden eller risk för missförhållanden i verksamheten. Den som bedriver socialtjänst har en skyldighet att informera personalen om denna rapporteringsskyldighet. Hälso- och sjukvårdspersonal har enligt 6 kap. 4 § PSL en skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Huvudmannen är skyldig att utreda dessa rapporter och vidta åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att man ska kunna se mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Även detta ska därefter ligga till grund för huvudmannens förbättringsarbete. Åtgärder ska vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet och processer och rutiner ska förbättras om dessa inte är ändamålsenliga.

Allvarliga missförhållanden eller risker för allvarliga missförhållanden samt händelser som inneburit allvarlig vårdskada eller som skulle kunnat medföra allvarlig vårdskada (lex Maria) ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg.

Samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården

En äldre person har i regel behov av mer eller mindre omfattande insatser från såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. En fungerande samverkan både inom den egna verksamheten och med andra aktörer är en förutsättning för att den äldre ska få den vård och omsorg som han eller hon behöver. Det finns därför ett antal tvingande bestämmelser i lagar och föreskrifter som ska säkra samverkan.

Av 2a § HSL framgår bland annat att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. I socialnämndens uppdrag ingår bland annat enligt 3 kap. 1 § SoL att medverka i samhällsplaneringen och samarbeta med andra samhällsorgan, organisationer m.fl. Enligt 3 kap. 5 § SoL ska socialnämndens insatser för den enskilde utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan, organisationer och föreningar.

¹⁶ Denna bestämmelse trädde i kraft den 1 juli 2011. Även innan dess förelåg en skyldighet för personal inom äldreomsorgen att vaka över de äldre och anmäla missförhållanden och risker för missförhållanden.

Av 3f § HSL samt 2 kap. 7 § SoL följer en gemensam skyldighet för landsting och kommun att upprätta en individuell plan i de fall en enskild har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och den enskilde samtycker till att planen upprättas.

I 4 kap. 5 § SOSFS 2009:11 anges särskilt att den som bedriver socialtjänst ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Likaså ska vårdgivaren enligt 4 kap. 6 § samma föreskrift identifiera de processer som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Exempel på sådan samverkan är t.ex. informationsöverföring mellan olika yrkesgrupper, exempelvis biståndshandläggare, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal eller mellan olika arbetsskift. Men det kan också avse en samordnad planering avseende vården och omsorgen. Utöver detta ska verksamhetens processer och rutiner säkerställa att det blir möjligt att samverka med andra verksamheter och myndigheter kring vård och omsorg.

Utöver dessa generella regler finns specialregleringar på vissa områden. Nedan redogörs bland annat för reglerna kring informationsöverföring vid in- och utskrivning till och från slutna vård, vårdplanering, rehabilitering och egenvård.

Samverkan vid vårdplanering

I 10 – 10e §§ i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård finns bestämmelser om ansvarsfördelning mellan kommun och landsting, informationsöverföring, vårdplan och vårdplanering. En vårdplan ska upprättas när en patient som skrivits ut från den slutna vården bedöms behöva hjälp av kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård eller öppenvård. Den behandlande läkaren ska kalla till vårdplanering. Den ska utformas i samråd med bland andra kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård samt med landstingets primärvård eller annan öppenvård. Den enskilde bör delta i vårdplaneringen. Vidare framgår i ansvaret för den slutna vården att informera berörda enheter genom in- och utskrivningsmeddelande.

Enligt 2 kap. 3 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård ska landstingen och kommunerna i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering inför in- och utskrivning av patienter och för överföring av information. I 3 kap. 2 § samma föreskrift framgår vidare att den personal som besitter den kompetens som behövs för att tillgodose patientens behov av insatser efter utskrivningen ska delta i vårdplaneringen.

I 3 kap. 4 § anges vad som ska framgå av vårdplanen. Det ska tydligt framgå vilka insatser efter utskrivning från den slutna vården som behövs för man ska uppnå en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet. I förekommande fall ska vissa uppgifter alltid finnas med. Det ska t.ex. finnas uppgifter om medicinska åtgärder och andra behandlingar, aktuella läkemedelsföreskrivningar, uppgifter om hjälpmedel eller dylikt, allmän och specifik omvårdnad, omsorg, stöd och service samt rehabilitering och habilitering. Det ska även framgå vilka åtgärder den behandlande läkaren har bedömt som hälso- och sjukvård alternativt egenvård.

Namnet på den eller de läkare i primärvården och i den slutna vården som har det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen av patienten ska också anges.

Uppgifter om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska enligt 4 kap. 2 § SOSFS 2005:27 senast samma dag som patienten skrivs ut överföras från den slutna vården till berörda enheter. Enligt 3 § samma kapitel ska informationen innehålla dels vårdplanen, dels övriga väsentliga uppgifter. Om det är relevant för patientens vård och omsorg efter utskrivningen ska de övriga uppgifterna bland annat kortfattat bestå av en sammanfattning av vårdtiden (epikris).

Särskilda bestämmelser om rehabilitering

Ansvaret för rehabilitering regleras för landstingen i 3b § HSL och för kommunerna i 18b § HSL. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2007:10) om samordning för habilitering och rehabilitering är tillämpliga när insatser för enskildas rehabilitering och habilitering inom hälso- och sjukvården planeras och samordnas med omsorgsinsatser för äldre och personer med funktionshinder enligt socialtjänstlagen. Enligt föreskrifterna ska landstinget och kommunen gemensamt utarbeta rutiner för samordningen. Om den enskilde har behov av samordning ska de ansvariga verksamheterna erbjuda detta. Samordning får endast göras om den enskilde lämnat samtycke. Planeringen ska genomföras tillsammans med den enskilde och om denne önskar med någon närstående. Samordningen ska dokumenteras i en plan.

Minoritetsspråk

Lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk trädde i kraft den 1 januari 2010. I denna fastställs fem nationella minoriteter och fem minoritetsspråk. Enligt lagen ska de nationella minoriteternas språkliga och kulturella behov och rättigheter beaktas. Det allmänna ska även i övrigt främja de nationella minoriteternas möjligheter att i Sverige behålla och utveckla sin kultur. Lagen omfattar bland annat bestämmelser om förvaltningsområden. I dag är det 48 kommuner som är förvaltningsområde för finska, och ytterligare ett antal för samiska och meänkieli. Även 12 landsting är förvaltningsområden för finska, samiska och meänkieli. Enligt 5 kap. 6 § SoL ska kommunen verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor. I tidigare nämnda lag har denna skyldighet utökats i 18 § vad gäller de kommuner som är förvaltningsområden. Enligt denna bestämmelse ska en kommun i ett förvaltningsområde erbjuda den som begär det möjlighet att få hela eller delar av den service och omvårdnad som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar finska, meänkieli respektive samiska. Detsamma gäller kommuner utanför ett förvaltningsområde, om kommunen har tillgång till personal som är kunnig i språket.

Bilaga – Tillsynens resultat i siffror

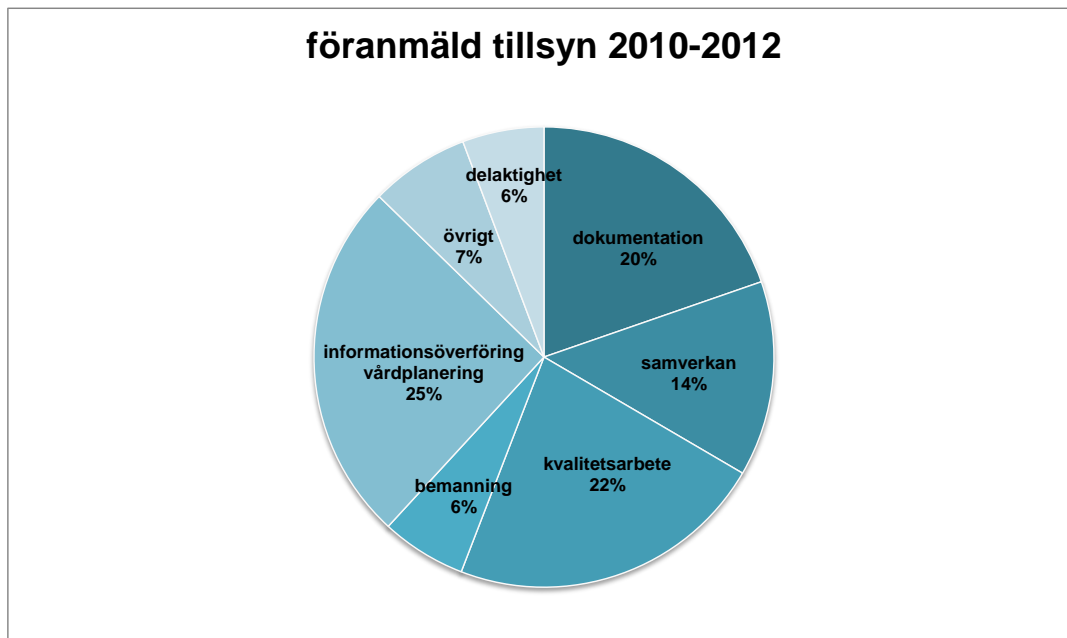
Tabell 1. Genomförda inspektioner under hela tillsynsperioden 2010–2012.

Regionala tillsynsenheter	Oanmälda inspektioner	Beslut med krav	Föranmälda inspektioner	Beslut med krav
Nord	13	8	34	26
Öst	16	15	34	28
Mitt	22	15	71	39
Sydväst	19	16	49	37
Sydöst	11	5	29	23
Syd	23	22	33	24
Summa	104	81	250	177

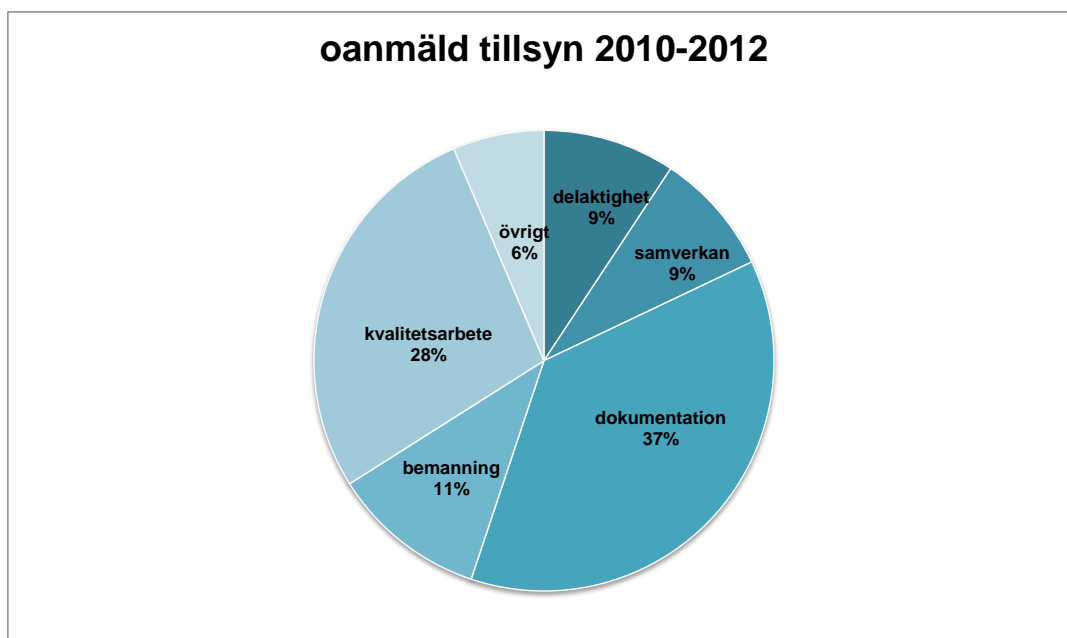
Tabell 1 åskådliggör omfattningen av antalet inspektioner och hur många av dem som lett till krav på åtgärder. Tabellen visar att det förekommit brister i 73 procent av de granskade verksamheterna under tillsynsperioden 2010–2012. Socialstyrelsen genomförde totalt 354 inspektioner. Socialstyrelsen konstaterade brister vid 258 av dessa inspektioner i verksamheterna som varit föremål för tillsynen: i 81 av de 104 oanmälda inspektionerna och i 177 av de 250 föranmälda inspektionerna. De allra flesta verksamheterna har uppmanats att vidta minst tre åtgärder eller fler. Socialstyrelsen har också påtalat förbättringsområden för majoriteten av de granskade verksamheterna.

De två cirkeldiagrammen nedan illustrerar hur de krav Socialstyrelsen ställt fördelar sig mellan de oanmälda tillsynerna och de föranmälda tillsynerna under hela tillsynsperioden. Närmare förklaring följer efter cirkeldiagrammen.

Figur 1. Andel beslut med krav på åtgärder fördelat på granskningsområden för tillsynsperioden 2010–2012 avseende de föranmälda inspektionerna.



Figur 2. Andel beslut med krav på åtgärder fördelat på granskningsområden för tillsynsperioden 2010–2012 avseende de oanmälda inspektionerna.



Socialstyrelsens krav i förannämld och oanmäld tillsyn 2010–2012

Cirkeldiagrammen i figur 1 och 2 visar att bristerna som framkommit i både den förannämlda och den oanmälda tillsynen under tillsynsperioden varit mest omfattande när det gäller dokumentation (20 respektive 37 procent). Det handlar om brister i kommunernas handläggning av beslut, men också om att utförarna inom äldreomsorgen brister i att dokumentera.

En stor andel av verksamheterna behöver också utveckla sitt kvalitetsarbete (22 respektive 28 procent). Det innebär att den som bedriver vård och omsorg om äldre inte bara ska upprätta rutiner som behövs för verksamheten. De ska även göra dem användbara för personalen. Det handlar också om att skapa en tydlig struktur, och inte minst en kultur, där avvikelshantering blir en naturlig del av personalens arbete. Tillsynen har bland annat visat på en stor okunskap om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Krav om systematiskt kvalitetsarbete inbegriper också ansvar för att göra egenkontroller och riskanalyser vid behov.

Krav på att vidta åtgärder för att komma tillrätta med brister i informationsöverföring vid in- och utskrivning från sjukhus och krav på vårdplanering utgör en stor andel av de krav som ställts (25 procent) i den förannämlda tillsynen.

Socialstyrelsens beslut har omfattat krav på att utveckla den interna och externa samverkan (14 respektive 9 procent). Frågan om samverkan ingår som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. IVO har ändå valt att skilja ut den frågan och redovisa den särskilt i detta sammanhang. Skälet är att samverkan har många infallsvinklar. Den kan beröra frågor om samverkan kring avvikelser som förekommer i samband med in- och utskrivning från sjukhus eller bara om intern samverkan.

Socialstyrelsen har ställt krav i både den förannämlda och den oanmälda tillsynen vad gäller att göra den äldre delaktig i vården och omsorgen (6 respektive 9 procent). Frågan om bemanning och kompetens utgör en mindre andel av de krav som ställts (6 respektive 11 procent). Under delen *Övrigt* (6 procent) ryms krav om exempelvis att säkerställa läkarmedverkan, att användningen av medicintekniska produkter är säker eller att de äldre får rehabilitering som utgår från deras behov. Det bör tilläggas att Socialstyrelsen under hela tillsynsperioden inte bara ställt krav på åtgärder utan också påtalat förbättringsområden för majoriteten av berörda huvudmän. Vad dessa förbättringsområden kan handla om framgår i kapitlet *Tillsynens resultat*.

Tabell 2. Antal inspektioner och beslut med krav från den uppföljande tillsynen under 2013.

Regionala tillsynsenheter	Inspektioner	Beslut med krav	Beslut med förbättringsområden
Nord	6	3	2
Öst	9	2	3
Mitt	8	2	5
Sydväst	9	0	6
Sydöst	5	2	3
Syd	9	3	2
Summa	46	12	21

Tabell 2 visar att Socialstyrelsen ställt krav på en fjärdedel (12) av de verksamheter (46) som blev slumpmässigt valda i en uppföljande tillsyn 2013. Det innebär att dessa tolv verksamheter bara delvis eller inte alls vidtagit de åtgärder som Socialstyrelsen ställt krav på redan 2010 eller 2011, trots att respektive huvudman meddelat Socialstyrelsen skriftligt att de vidtagit åtgärder i enlighet med Socialstyrelsens beslut. Tabellen visar också att Socialstyrelsen påtalat förbättringsområden för närmare hälften (21 av 46) av de granskade verksamheterna i den uppföljande tillsynen.

Tabell 3. Antal inspektioner och beslut från den oanmälda tillsynen 2012 med krav avseende hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst.

Regionala tillsynsenheter	Oanmälda inspektioner	Beslut med krav	Hälso- och sjukvård samt socialtjänst	Hälso- och sjukvård	Socialtjänst
Nord	4	0	0	0	0
Öst	4	4	1	0	3
Mitt	5	5	4	0	1
Sydväst	10	10	6	0	4
Sydöst	3	3	1	0	2
Syd	3	3	1	0	2
Summa	29	25	13	0	12

Tabell 3 visar antalet inspektioner och hur många av dem som lett till krav på åtgärder under 2012 års oanmälda tillsyn. I åtta av tio verksamheter (86 procent) ställde Socialstyrelsen krav på åtgärder. Hälften (52 procent) av de beslut som Socialstyrelsen ställde omfattade krav avseende både hälso- och sjukvård och socialtjänst. I den andra hälften av besluten (48 procent) riktade Socialstyrelsen krav om åtgärder till dem som bedrev socialtjänst.

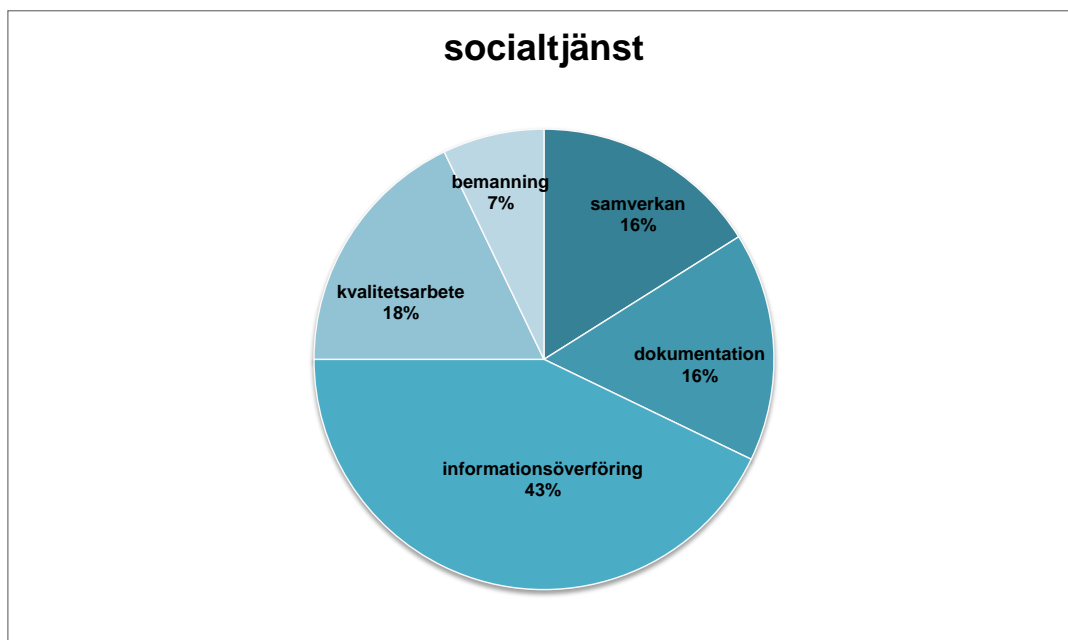
Tabell 4. Antal inspektioner och beslut från den föranmälda tillsynen 2012 med krav avseende hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst.

Regionala tillsynsenheter	Föranmälda inspektioner	Beslut med krav	Krav på hälso- och sjukvård samt socialtjänst	Krav på endast hälso- och sjukvård	Krav på endast socialtjänst
Nord	13	8	7	1	0
Öst	6	0	0	0	0
Mitt	16	10	4	6	0
Sydväst	13	6	3	0	3
Sydöst	2	2	2	0	0
Syd	5	1	0	1	0
Summa	55	27	16	8	3

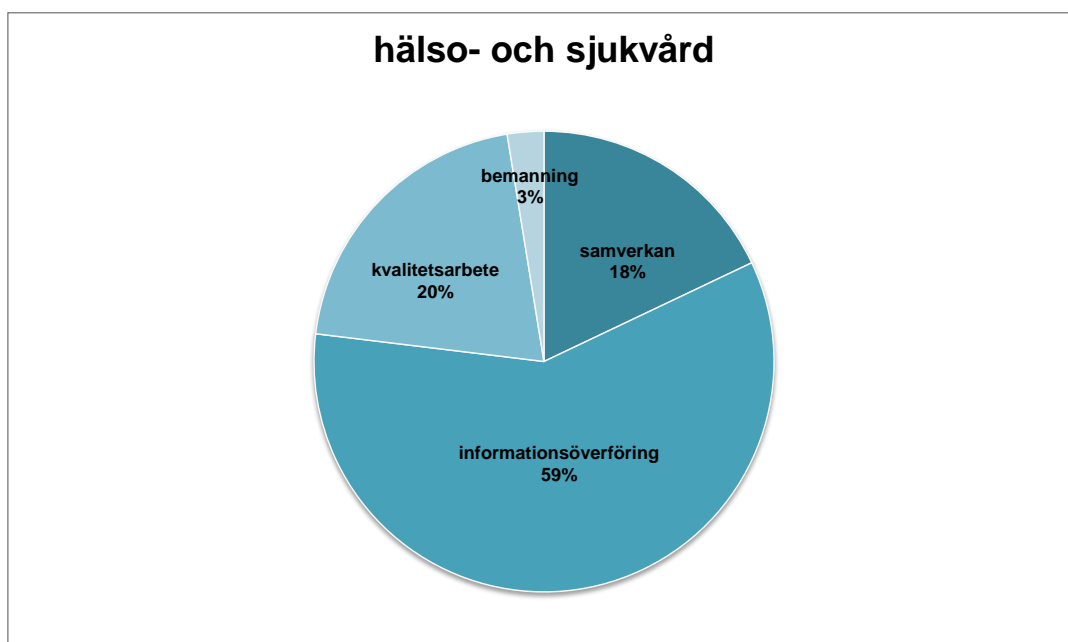
Tabell 4 visar antalet inspektioner och hur många av dem som lett till krav på åtgärder under 2012 års föranmälda tillsyn. Hälften (49 procent) av besluten efter inspektion ledde till att Socialstyrelsen fattade beslut med krav på åtgärder. I 16 beslut (59 procent) ställde Socialstyrelsen krav på att kommunen och landstinget gemensamt skulle vidta åtgärder. I åtta beslut (30 procent) ställde Socialstyrelsen krav på vårdgivarna (hälso- och sjukvård) och i tre beslut (11 procent) på de som bedrev socialtjänst.

De två cirkeldiagrammen nedan illustrerar hur de krav Socialstyrelsen ställt fördelar sig mellan huvudmän som bedrev socialtjänst respektive hälso- och sjukvård under 2012. Närmare förklaring följer efter cirkeldiagrammen.

Figur 3. Andelen beslut med krav på åtgärder i socialtjänst fördelat på huvudsakliga granskningsområden i 2012 års tillsyn.



Figur 4. Andelen beslut med krav på åtgärder i hälso- och sjukvård fördelat på huvudsakliga granskningsområden i 2012 års tillsyn.



Socialstyrelsens krav på socialtjänsten och hälso- och sjukvården i 2012 års tillsyn - cirkeldiagrammen i figur 3 och figur 4

Diagrammen i figur 3 och figur 4 visar att Socialstyrelsen under 2012 års tillsyn ställt krav på åtgärder om informationsöverföring i omkring hälften av besluten (43 procent respektive 59 procent). Det handlar om många olika frågor.

För en kommun kan det röra sig om att behöva vidta åtgärder för att överföringen av information ska fungera när äldre söker akutsjukvård. För en vårdcentral eller en klinik på ett sjukhus inom ett landsting kan det handla om att göra rutiner för informationsöverföring kända, och att säkerställa att de tillämpas. Socialstyrelsen har också riktat krav på landsting om att följa upp att verksamheten säkerställer att den äldre har en aktuell och korrekt läkemedelslista vid utskrivning.

Kraven kan också rikta sig till landstinget och kommunen gemensamt. Det kan då handla om att säkerställa att sjukgymnaster och arbetsterapeuter från båda huvudmännen får möjlighet att delta i informationsöverföringen när äldre vistas på sjukhus och behöver rehabilitering. De ska då kunna vara med vid in- och utskrivningen och vid vårdplaneringen. Det kan också handla om att säkerställa ansvarsfördelningen mellan sjuksköterskor i primärvården och kommunen när en äldre person behöver hemsjukvård.

Kraven på åtgärder för att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet med t.ex. avvikelshantering, riskanalyser och egenkontroller har riktats till både vårdgivare och dem som bedriver socialtjänst i ungefär en femtedel av besluten (18 respektive 20 procent).

Närmare en femtedel av besluten (16 respektive 18 procent) består av krav på åtgärder gällande samverkan. Här kan det handla om att utarbeta rutiner i kommunen för hur samverkan ska bedrivas internt. Det kan också vara så att landstinget och kommunen gemensamt ska säkerställa och följa upp att den samordnade rehabiliteringen är patientsäker.

Vad gäller handläggning och dokumentation är det framför allt riktat till kommuner och dem som bedriver särskilda boenden eller hemtjänst (16 procent).

Kraven gällande bemanning (7 respektive 3 procent) innehåller t.ex. krav på att redovisa hur kommunen ser till att hemtjänstens insatser är av god kvalitet när det gäller personalkontinuitet och kompetens, så att alla äldre ska kunna uppleva trygghet i vården och omsorgen. Socialstyrelsen har också ställt krav på att säkerställa att bemanningen överensstämmer med vård- och omsorgstagarnas behov av stöd och hjälp.

Kraven på hälso- och sjukvården är inte lika enkla att urskilja i besluten när det gäller bemanning, men har ändå bedömts utgöra tre procent. Det kan handla om att det finns behov av stöd från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till vård- och omsorgspersonalen eller hemtjänstpersonalen. Socialstyrelsen har då t.ex. ställt krav på att kommunen och landstinget gemensamt ska säkerställa och följa upp att huvudmännen samordnar och planerar rehabiliteringen på ett patientsäkert sätt.

Bilaga – Förteckning över granskade verksamheter i kommuner och landsting 2012 och 2013

Tabell 5. Oanmäld tillsyn 2012, regionala tillsynsenheten syd.

Kommun	Dnr	Huvudman	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Sjöbo	9.1-33785/2012	Sandbäcksgården (K) ¹⁷	SoL och HSL
Helsingborgs stad	9.1-31234/2012	Romares stiftelse (K)	SoL
Karlshamn	9.1-32407/2012	Persgården (K)	SoL

Tabell 6. Föranmäld tillsyn 2012, regionala tillsynsenheten syd.

Kommun	Dnr	Socialtjänst	Hälsa- och sjukvård	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Perstorp	9.1-12838/2012	Hemtjänst (K)	Perstorps Vårdcentral Hemsjukvård (K)	Inget krav
Malmö Kirseberg	9.1-12758/2012	Hemtjänst (K)	Kirsebergs Vårdcentral Hemsjukvård (K)	Inget krav
Höör	9.1-12872/2012	Hemtjänst (K)	Höörs Vårdcentral Hemsjukvård (K)	Inget krav
Svalöv	9.1-32234/2012	Hemtjänst (K)	Svalövs Vårdcentral, Landskrona lasarett Hemsjukvård (K)	Inget krav
Hässleholm	9.1-30583/2012	Hemtjänst (K)	Vårdcentralen Vänhem, Hässleholms sjukhus Hemsjukvård (K)	HSL

Landsting: Region Skåne

¹⁷ (K) – kommunen driver verksamheten, (L) – landstinget driver verksamheten.

Tabell 7. Uppföljande tillsyn 2013, regionala tillsynsenheten syd.

Kommun	Dnr	Huvudman	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Burlöv	9.1-59879/2012	Bokens korttidsenhet (K)	Inget krav
Örkelljunga	9.1-59280/2012	Tallgårdens korttidsboende (K)	Inget krav
Vellinge	9.1-59912/2012	S:t Knuts vårdboende, Norlandia Care (entreprenad)	Inget krav
Ängelholm	9.1-59918/2012	Hemvårdsområde Nya Centrum Väst och Nya Centrum Öst (K)	SoL
Oxie SDF, Malmö stad	9.1-59284/2012	Blomstergården (K)	SoL
Kävlinge	9.1-59908/2012	Kullagårdens gruppboende (K)	SoL
Landskrona stad	9.1-59909/2012	Artillerigatans korttidsenhet (K)	Inget krav
Uppvidinge	9.1-59910/2012	Lingården, enheten Ekbacka (K)	Inget krav
Ystad	9.1-59916/2012	Löderupsgården (K)	Inget krav

Tabell 8. Oanmäld tillsyn 2012, regionala tillsynsenheten sydväst.

Kommun	Dnr	Huvudman	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Alingsås	9.1-34630/2012	Kvarnbackens korttidsboende (K)	SoL och HSL
Gullspång	9.1-31929/2012	Amnegården korttidsboende(K)	SoL och HSL
Töreboda	9.1-32199/2012	Björkången korttidsboende (K)	SoL
Falköping	9.1-41297/2012	Trädgårdsgatan korttidsboende (K)	SoL och HSL
Ulricehamn	9.1-32904/2012	Resurscenter korttidsboende (K)	SoL och HSL
Bengtsfors	9.1-33639/2012	Björkåsen korttidsboende (K)	SoL och HSL
Dals Ed	9.1-33637/2012	Hagalid korttidsboende (K)	SoL och HSL
Sotenäs	9.1-31316/2012	Hunnebohemmet korttidsboende (K)	SoL
Vara	9.1-34730/2012	Rondellen, korttidsboende (K)	SoL
Orust	9.1-35497/2012	Ängsviken korttidsboende (K)	SoL

Tabell 9. Föranmäld tillsyn 2012, regionala tillsynsenheten sydväst.

Kommun	Dnr	Socialtjänst	Hälso- och sjukvård	Beslut med krav
				SoL och/eller HSL
Götene	9.1-14792/2012	Kommunen	Vårdcentralen Götene Hemsjukvård (K)	SoL
Partille	9.1-4981/2012	Kommunen	Vårdcentralen Partille, Hemsjukvården (K)	Inget krav
Tjörn	9.1-7102/2012	Kommunen	Vårdcentralen Tjörn, Hemsjukvård (K)	SoL och HSL
Borås V	9.1-31933/2012	Kommunen	Södra Älvsborgs sjukhus Vårdcentralen Sandared Hemsjukvården (K)	Inget krav
Borås Ö	9.1-34752/2012	Hemtrevnad AB	Södra Älvsborgs sjukhus Vårdcentralen Trandared Hemsjukvård (K)	SoL
Öckerö	9.1-1060/2012	Kommunen	Hönö vårdcentral AB, Hemsjukvården (K)	SoL
Varberg	9.1-9315/2012	Hemservice i Halland AB	Varbergs sjukhus VC Västra Vall Hemsjukvård (K)	SoL och HSL
Borås N	9.1-34054/2012	Kommunen	Södra Älvsborgs sjukhus Herkules vårdcentral Hemsjukvården (K)	Inget krav
Lerum	9.1-4471/2012	Kommunen	Vårdcentralen Lerum Hemsjukvård (K)	Inget krav
Vänersborg	9.1-5052/2012	Kommunen	NÄL Vårdcentralen Vänerparken Hemsjukvården (K)	Inget krav
Kungälv	9.1-8595/2012	Kommunen	Kungälv's sjukhus Kustens vårdcentral Hemsjukvården (K)	SoL och HSL
Lundby	9.1-45713/2012	Kommunen	Sahlgrenska Universitets- Sjukhuset/Östra sjukhuset Vårdcentralen Brämregården Hemsjukvården (K)	Inget krav
Mark	9.1-45045/2012	Kommunen	Södra Älvsborgs sjukhus Vårdcentralen Kinna Hemsjukvården (K)	Inget krav

Landsting: Västra Götaland och Region Halland.

Tabell 10. Uppföljande tillsyn 2013, regionala tillsynsenheten sydväst.

Kommun	Diarienummer	Huvudman	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Hjo	9.1-60789/2012	Korttidsboendet Sjöryd/Piren (K)	Inget krav
Skövde	9.1-61067/2012	Hentorps äldreboende (K)	Inget krav
Tranemo	9.1-63310/2012	Hemtjänsten (K)	Inget krav
Mölnåls stad	9.1-63604/2012	Fässbergshemmets Korttidsboende (K)	Inget krav
Färgelanda	9.1-62250/2012	Håvestensgården (K)	Inget krav
Mariestad	9.1-61454/2012	Mariegården (K)	Inget krav
Göteborgs stad, Askim- Frölunda-Högsbo	9.1-61445/2012	Järnbrottshus, äldreboende (K)	Inget krav
Herrljunga	9.1-61107/2012	Korttidsboende, Hagen (K)	Inget krav
Hylte	9.1-60358/2012	Sjölunda (K)	Inget krav

Tabell 11. Oanmäld tillsyn 2012, regionala tillsynsenheten sydöst.

Kommun	Dnr	Huvudman	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Ydre	9.1-36497/2012	Solängen, korttidsboende (K)	SoL
Ödeshög	9.1-34622/2012	Rosengården, korttidsboende (K)	SoL och HSL
Mönsterås	9.1-40840/2012	Allégården, korttidsboende (K)	SoL

Tabell 12. Föranmäld tillsyn 2012, regionala tillsynsenheten sydöst.

Kommun	Dnr	Socialtjänst	Hälso- och sjukvård	Beslut med Krav SoL och/eller HSL
Nybro	9.1-39401/2012	Hemtjänsten (K)	Vårdcentralen Astrakanen Hemsjukvården (K)	SoL och HSL
Vadstena	9.1-10437/2012	Hemtjänsten (K)	Vadstena vårdcentralen Hemsjukvård (L)	SoL och HSL

Landsting: Landstinget i Kalmar län, landstinget i Östergötlands län.

Tabell 13. Uppföljande tillsyn 2013, regionala tillsynsenheten sydöst.

Kommun	Dnr	Huvudman	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Vimmerby kommun	9.1-56033/2012	Kvillgården demensboende (K)	Inget krav
Kinda kommun	9.1-372/2013	Hemtjänsten (K)	Inget krav
Eksjö kommun	9.1-58671/2012	Hemtjänsten (K)	Inget krav
Oskarshamns kommun	9.1-58666/2012	Hemtjänsten (K)	SoL
Kalmar kommun - Södermöre kommundelsnämnd	9.1-56185/2012	Björkhaga äldreboende (K)	SoL

Tabell 14. Oanmäld tillsyn 2012, regionala tillsynsenheten mitt.

Kommun	Dnr	Huvudman	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Falun	9.1-40941/2012	Korttidsenheten Lunden (K)	SoL och HSL
Uppsala	9.1-37315/2012	Korttidsboende Svartbäcksgården (K)	SoL
Örebro kommun	9.1-39500/2012	Korttidsboende Demenscentrum (K)	SoL och HSL
Gävle kommun	9.1-34960/2012	Korttidsboende Bergmästaren (K)	SoL och HSL
Ludvika	9.1-36686/2012	Korttidsboende Lagunen (K)	SoL och HSL

Tabell 15. Föranmäld tillsyn 2012, regionala tillsynsenheten mitt.

Kommun	Dnr	Socialtjänst	Hälso- och sjukvård	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Borlänge	9.1-7779/2012	Hemtjänsten (K)	Falu lasarett/ medicinkliniken Borlänge sjukhus Hemsjukvården (L)	SoL och HSL
Gagnef	9.1-29521/2012	Hemtjänsten (K)	Falu lasarett/ ortopedkliniken Gagnef vårdcentral Hemsjukvården (L)	SoL och HSL
Hedemora	9.1-14316/2012	Hemtjänsten (K)	Avesta sjukhus Hemsjukvården (L)	Inget krav
Mora	9.1-27889/2012	Hemtjänsten (K)	Mora lasarett/ortoped- kliniken Mora vårdcentral Hemsjukvården (L)	HSL
Orsa	9.1-26590/2012	Hemtjänsten (K)	Mora lasarett/medicin- kliniken Orsa vårdcentral Hemsjukvården (K)	HSL

Eskilstuna	9.1-42940/2011	Hemtjänsten (K)	Mälarsjukhuset/medicinkliniken Fröslunda vårdcentral Hemsjukvården (K)	HSL
Hofors	9.1-32015/2012	Hemtjänsten (K)	Gävle sjukhus/ internmedicin Hofors vårdcentral Hemsjukvården (L)	Inget krav
Ovanåker	9.1-30694/2012	Hemtjänsten (K)	Aleris specialistvård/ medicinkliniken Bollnäs Din hälsocentral Edsbyn Hemsjukvården (L)	Inget krav
Årjäng	9.1-8363/2+012	Hemtjänsten (K)	Arvika sjukhus/ medicinkliniken Årjängs vårdcentral Hemsjukvården (K)	HSL
Forshaga	9.1-6556/2012	Hemtjänsten (K)	Centralsjukhuset Karlstad/medicinkliniken Vårdcentralen Forshaga Hemsjukvården (K)	HSL
Kristinehamn	9.1-7329/2012	Hemtjänsten (K)	Centralsjukhuset Karlstad/ortopedkliniken Legevisitten AB/Vintergatans vårdcentral Hemsjukvården (K)	Inget krav
Hallstahammar	9.1-9333/2012	Hemtjänsten (K)	Västmanlands sjukhus Köping/medicinkliniken Familjeläkarmottagningen Hallstahammar Hemsjukvården (L)	Inget krav
Västerås	9.1-13558/2012	Attendo Sverige AB-hemtjänst	Centrallasarettet Västerås/ortopedkliniken Familjeläkarmottagningen Oxbacken Hemsjukvården (L)	Inget krav
Norberg	9.1-8094/2012	Hemtjänsten (K)	Mitt Hjärta i Bergslagen AB/Bergslagssjukhuset Fagersta Familjeläkarmottagningen Norberg Hemsjukvården (L)	SoL och HSL
Surahammar	9.1-6560/2012	Hemtjänsten (K)	Centrallasarettet Västerås/medicinkliniken Praktikertjänst AB/ Ångsgårdens vårdcentral Hemsjukvården (L)	HSL
Askersund	9.1-35513/2012	Hemtjänsten (K)	Universitetssjukhuset Örebro/medicinkliniken Askersunds vårdcentral Hemsjukvården (K)	SoLoch HSL

Landsting:

Landstinget i Dalarna, landstinget i Sörmland, landstinget i Gävleborg, landstinget i Värmland, landstinget i Västmanland, landstinget i Örebro län.

Tabell 16. Uppföljande tillsyn 2013, regionala tillsynsenheten mitt.

Kommun	Dnr	Huvudman	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Karlskoga	9.1-61981/2012	Treklövern korttidsboende (K)	Inget krav
Vingåker	9.1-60783/2012	Humlegården (K)	Inget krav
Eda	9.1-60729/2012	Åmotsfors (K)	SoL
Hammarö	9.1-63550/2012	Gunnarskärgården (K)	SoL
Knivsta	9.1-61151/2012	Estrids gård (K)	Inget krav
Nora	9.1-61148/2012	Tullbackagården (K)	Inget krav
Sandviken	9.1-60683/2012	Kvarterer Lillvik (K)	Inget krav
Sunne	9.1-60731/2012	Hemtjänst (K)	Inget krav

Tabell 17. Oanmäld tillsyn 2012, regionala tillsynsenheten nord.

Kommun	Dnr	Huvudman	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Boden	9.1-32094/2012	Midgårdarnas korttidsboende (K)	Inget krav
Härnösand	9.1-33719/2012	Härnösands korttidsboende (K)	Inget krav
Strömsund	9.1-32207/2012	Åshamra särskilt boende (korttidsplatser) (K)	Inget krav
Åre	9.1-31888/2012	Talkronans korttidsboende (K)	Inget krav

Tabell 18. Föranmäld tillsyn 2012, regionala tillsynsenheten nord.

Kommun	Dnr	Societjänst	Hälsa- och sjukvård	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Gällivare	9.1-4426/2012	Hemtjänsten (K)	Gällivare sjukhus-medicin-rehab och medicinklinken Primärvården - Gällivare/Malmberget Hemsjukvården (L)	SoL och HSL
Kiruna	9.1-6573/2012	Hemtjänsten (K)	Kiruna sjukhus-medicin och rehabiliteringskliniken Malmens vårdcentral Hemsjukvård (L)	HSL
Lycksele	9.1-16365/2012	Hemtjänsten (K)	Lycksele lasarett-medicin-geriatrisk klinik Medicinkonsulten-hälsocentral Hemsjukvården (L)	Inget krav
Norsjö	9.1-23586/2012	Hemtjänsten (K)	Norsjö- hälsocentral Hemsjukvården (L)	Inget krav

Vilhelmina	9.1-11022/2012	Hemtjänsten (K)	Vilhelmina sjukstuga-akutsjukvårdsplatser Vilhelmina sjukstuga-hälsocentral Hemsjukvården (L)	SoL och HSL
Åsele (Pilot)	9.1-42485/2011	Hemtjänst-kommun	Åsele sjukstuga-akutsjukvårdsplatser Åsele sjukstuga-hälsocentral Hemsjukvården (L)	SoL och HSL
Jokkmokk	9.1 4422/2012	Hemtjänsten (K)	Jokkmokks vårdcentral Hemsjukvården (L)	SoL och HSL
Kalix	9.1-35213/2013	Hemtjänsten (K)	Kalix sjukhus-medicin och rehabiliteringskliniken Kalix –vårdcentral Hemsjukvården (L)	Inget krav
Krokom	9.1-36764/2012	Hemtjänsten (K)	Östersunds sjukhus-centrum för medicinska specialiteter Krokoms hälsocentral Hemsjukvården (K)	Inget krav
Sorsele	9.1-43201/2012	Hemtjänsten (K)	Sorsele sjukstuga-akutsjukvårdsplatser Sorsele sjukstuga-hälsocentral Hemsjukvården (L)	SoL och HSL
Timrå	9.1-15525/2012	Hemtjänsten (K)	Sundsvalls sjukhus-medicinkliniken och rehabkliniken Timrå vårdcentral- Premicare Hemsjukvården (L)	SoL och HSL
Piteå	9.1-44517/2012	Hemtjänsten (K)	Piteå/Älvdals sjukhus-medicin/rehabkliniken Piteå vårdcentral Hemsjukvården (L)	Inget krav
Storuman	9.1-31236/2012	Hemtjänsten (K)	Tärnaby sjukstuga-akutsjukvårdsplatser Tärnaby- hälsocentral Hemsjukvården (L)	SoLoch HSL

Landsting: Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting och Jämtlands läns landsting.

Tabell 19. Uppföljande tillsyn 2013, regionala tillsynsenheten nord.

Kommun	Dnr	Huvudman	Beslut med krav
			SoL och/eller HSL
Hörnefors	9.1-59169/2012	Solgårdens korttidsboende Smedjan (K)	SoL
Överkalix	9.1-59958/2012	Tallviksgården (K)	SoL
Arvidsjaur	9.1-59165/2012	Länsmansgården (K)	Inget krav
Bräcke	9.1 -61152/2012	Tallgläntans korttidsboende (K)	Inget krav
Haparanda	9.1-61157/2012	Hemtjänst (K)	Inget krav
Pajala	9.1-59953/2012	Tallgården (K)	SoL

Tabell 20. Oanmäld tillsyn 2012, regionala tillsynsenheten öst.

Kommun	Dnr	Huvudman	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Ekerö	9.1-42414/2012	Ekgårdens äldreboende-demens (K)	SoL
Nykvarn	9.1-34837/2012	Lugnets äldreboende-demens (K)	SoL och HSL
Stockholm	9.1-34829/2012	Rinkeby-Kista vård- och omsorgsboende-demens (K)	SoL
Tyresö	9.1-36342/2012	Carema Care-Krusmyntan-demens	SoL

Tabell 21. Föranmäld tillsyn 2012, regionala tillsynsenheten öst.

Kommun	Dnr	Socialtjänst	Hälsa- och sjukvård	Beslut med krav SoL och/eller HSL
Vallentuna	9.1-44515/2012	Hemtjänst (K)	SLSO-Danderydsgeriatriken (Deltog ej) SLSO-Vallentuna Primärvårdsrehabilitering SLSO-Husläkarmottagningen Korallen	Inget krav
Stockholm, Enskede-Årsta-Vantör	9.1-44026/2012	Hemtjänst (K) Omsorgshuset	Capio Geriatrik AB-Dalens sjukhus SLSO-Dalens Rehab södra Capio AB-Årsta vårdcentral	Inget krav
Stockholm, Hägersten-Liljeholmen	9.1-44023/2012	Hemtjänst (K)	Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge/ Geriatriska kliniken Aleris AB-Reagerakliniken Liljeholmen SLSO-Liljeholmens vårdcentral	Inget krav
Stockholm, Skärholmen	9.1-44516/2012	Hemtjänst (K)	Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge/ Geriatriska kliniken Aleris AB- Reagerakliniken Skärholmen SLSO-Skärholmens vårdcentral	Inget krav
Stockholm, Älvsjö	9.1-44271/2012	Attendo AB	Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge/ Infektionskliniken Aleris AB-Reagerakliniken Älvsjö SLSO-Älvsjö vårdcentral	Inget krav
Stockholm, Hässelby-Vällingby	9.1-44305/2012	Hemtjänst (K)	Stiftelsen Stockholms sjukhem/Brommageriatriken Praktikertjänst-Team Aktiv SLSO-Hässelby Vårdcentral	Inget krav

Landsting:
Stockholms läns landsting.

Tabell 22. Uppföljande tillsyn 2013, regionala tillsynsenheten öst.

Kommun	Dnr	Huvudman	Beslut med krav Sol och/eller HSL
Österåker	9.1-62278/2012	Alceahuset (K)	Inget krav
Stockholm Norrmalm	8.5-11155/2013	Attendo Care AB-Vasens vård- och omsorgsboende	Inget krav
Solna	9.1-62290/2012	Aleris Omsorg AB-Hallens vård- och omsorgsboende	Inget krav
Stockholm Kungsholmen	9.1-62295/2012	Serafens vård- och omsorgsboende (K)	Inget krav
Stockholm Bromma	9.1-63693/2012	Enskild-Opalen Vård AB-Nymilen	SoL och HSL
Stockholm Bromma	9.1-62256/2012	Mälarbackens vård- och omsorgsboende (K)	Inget krav
Norrtälje	9.1-62282/2012	Tiohundra AB-Mjölaren	Inget krav
Järfälla	8.5-6888/2013	Ansvar och Omsorg AB-Lönnens äldreboende	SoL och HSL
Stockholm Östermalm	8.5- 8355/2013	Attendo Care AB-Kampementets vård- och omsorgsboende SLSO-Stockholmsgeriatriken (läkarorganisationen)	Inget krav



I denna rapport redovisas ett treårigt regeringsuppdrag gällande nationell tillsyn av vården och omsorgen av äldre. Socialstyrelsen, som ursprungligen fick uppdraget av regeringen, är den myndighet som har planerat och genomfört tillsynen. Den 1 juni 2013 övertog Inspektionen för vård och omsorg (IVO) uppdraget att sammanställa slutrapporten.

Tillsynen har omfattat granskning av hur både socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillgodosett den äldre personens behov. Intervjuer har genomförts med äldre personer och deras anhöriga i syfte att få kännedom om hur de äldre upplever vården och omsorgens innehåll. Socialstyrelsen har gjort minst en inspektion i varje kommun under den treåriga tillsynsperioden och över tusen äldre och närstående har intervjuats.

Äldre efterfrågar kontinuitet
Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – Slutrapport 2013
Artikelnr: IVO2013-2
Utgiven i oktober 2013

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Box 45184, 104 30 Stockholm
Telefon: 010-788 50 00
registrator@ivo.se
www.ivo.se