



LÄNSSTYRELSEN
Södermanlands län

TILLSYN

TILLSYN AV

**Bolmängens Rehabiliterings- och sjukhem AB
i Flens kommun**

Dnr. 701-7354-2006
Länsstyrelsen
Välfärdsenheten
Juni 2007

Bakgrund till tillsynen

Länsstyrelsen angav i sin verksamhetsplanering för 2006 att tillsyn skulle göras i sex enskilda verksamheter, varav två skulle vara oaviserade. I samband med planeringen av vilka verksamheter som skulle tillsynas fick Länsstyrelsen dels en tillsynsrapport gällande Bolmängen av medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, i Flens kommun dels en anmälan av en anhörig till en boende på Bolmängen. Av denna anledning bestämdes att Bolmängen skulle utgöra en av de sex verksamheter som skulle bli föremål för tillsyn under 2006.

Metod

Länsstyrelsen har tagit del av verksamhetens yttrande gällande anmälan, dokument som verksamhetsplan, verksamhetsberättelse m.m. och läst om verksamheten på Bolmängens hemsida.

Vid tillsynsbesök den 7 september genomfördes en gruppintervju med verksamhetsansvariga och konsultläkare samt en gruppintervju med personal. Personalintervjun har kompletterats med skriftligt svar på en enkät.

Telefonintervjuer har gjorts med sju handläggare, vilka är ansvariga för socialtjänstens placeringar när det gäller sammanlagt nio av de boende. Dessutom genomfördes telefonintervjuer med fyra anhöriga till de boende.

En preliminär rapport, som i förväg skickades till verksamheten, återrapporterades den 14 maj. Vid återrapporteringen deltog verksamhetsansvariga. Under den senare delen av samtalet deltog två personer från personalgruppen. En redogörelse för det som framkom vid rapporteringen finns beskrivet under rubriken ”Återrapportering” i denna rapport.

Under respektive rubrik i rapporten redovisas separata svar eller kommentarer om de avviker från huvudinnehållet i texten. I rapporten används begreppen ”klient”, ”personen”, ”den boende” respektive ”den närstående”, beroende på sammanhanget, för personen med psykiskt funktionshinder som vistas på Bolmängen.

Länsstyrelsens bedömningar grundar sig på socialtjänstlagen, SoL, på socialtjänstförordningen 2001:937, på riktlinjer för tillståndsprövning av enskild verksamhet enligt SoL, antagna av länsstyrelsernas socialdirektörer 2007 och på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för hem för vård eller boende, HVB, SOSFS 2003:20 (S). Bolmängen har tillstånd enligt 7 kap. 1 § punkt 3 socialtjänstlagen (SoL) men Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd kan ändå anses vara tillämpliga på Bolmängens verksamhet.

Skrivningarna i 3 kap. 3 § SoL och SOSFS 2006:11 gäller socialnämndens skyldighet att se till att insatserna som ges skall vara av god kvalitet. Avseende texten under rubriken ”Samarbete”, gäller hänvisningarna till SoL även här nämndens respektive kommunens skyldigheter. Skrivningarna kan ändå sägas vara tillämpliga på enskild verksamhet varför Länsstyrelsen rekommenderar att de följs så långt det är möjligt.

Bedömningen grundar sig också på tillämpliga delar av de bedömningskriterier som fastställts av Socialstyrelsen och länsstyrelserna gemensamt i den nationella tillsyn av kommunernas

insatser för psykiskt funktionshindrade som gjordes åren 2002-2004. Vid detta tillfälle gjordes tillsyn i bl.a. verksamheter för boende.

Beskrivning av verksamheten

Bolmängden har 20 platser med tillstånd av Länsstyrelsen enligt 7 kap. 1 § punkt 3 socialtjänstlagen (SoL). Därutöver finns platser för placering av landsting och rättspsykiatri. Tillståndet enligt SoL innebär att verksamheten är ett hem för viss annan heldygnsvård. Enligt prop. 1996/97, s. 144, är detta att betrakta som korttidsvård. I riktlinjer för enskild vård enligt SoL, antagna av länsstyrelsernas socialdirektörer 2007, är detta t.ex. korttidsvistelse för att ge stöd till den enskilde eller närstående under en avgränsad tid eller korttidsvistelse i samband med socialtjänstens utredning, rehabilitering, utslussning efter en tids sjukhusvistelse m.m. Av tillståndet framgår att Bolmängdens målgrupp är ”Psykiskt funktionshindrade, vuxna män och kvinnor”. Verksamheten bedrivs i två olika lokaler. I anslutning till det stora huset finns en villa med fyra platser för personer som har kommit lite längre i sin planering för att klara ett eget boende. Här är man delaktig i matlagning och deltar f.n. i en matlagningskurs. Tidigare fanns det ytterligare ett hus med HVB-tillstånd. Det boendet är numera avvecklat. Inget av rummen i de två husen har egen toalett, dusch eller köksutrustning.

Verksamhetens mål och inriktning

Länsstyrelsens bedömningsgrunder

En verksamhet för boende bör ha en plan för verksamheten med angivna mål som kontinuerligt följs upp. Målen och de medel verksamheten har till sitt förfogande skall utgå från psykiatrireformens intentioner och de boendes behov av ett fungerande boende samt konkretiseras efter den typ av verksamhet det gäller. (3 kap. 3 § SoL, SOSFS 2006:11, Prop. 1996/97:124, Riktlinjer för tillståndsprovning av enskild verksamhet enligt SoL)

- verksamheten bör ha en plan med konkreta mål som tydliggör sambandet mellan mål, medel och resurser
- angivna mål och medel bör utgå från de boendes behov av ett välfungerande boende och konkretiseras utifrån verksamhetens uppdrag
- planen bör ha följts upp minst en gång det senaste året
- planen bör vara känd av personalen i verksamheten
- Inriktning och metod bör vara anpassade till den aktuella målgruppens behov och förutsättningar.

Det finns en målsättning för verksamheten som bryts ner i det aktiva arbetet. Personalen har inte varit delaktig i framtagandet av målsättningen men är väl införstådda med innehållet. Det finns en verksamhetsplan för året som beskriver utveckling av vården, vårdinnehåll, utbildningsinsatser, marknadsföring, investeringar m.m. Vid årets slut skrivs en verksamhetsberättelse som presenteras för styrelsen. Personalen är inte delaktig i uppföljning av verksamheten men får muntlig och skriftlig information om dessa frågor vid personalmöten.

Verksamhetsansvariga finns på arbetsplatsen dagligen och träffar personalen och deltar i förekommande diskussioner. Värdegrunden, som i verksamhetens målsättning beskrivs med begreppen ”respekt, värdighet och en humanistisk människosyn”, präglar det dagliga arbetet. Det är viktigt att all personal har samma förhållningssätt i arbetet så ingen hamnar i

belöningsituationer. Personalen ska behandla brukarna individuellt utan att någon favoriseras.

När någon är aktuell för placering på Bolmängen kräver ledningen alltid ett uppdrag från den placerande kommunen. Placeringarna som sker är som regel kortare idag än tidigare. Det kan t. ex. handla om att kommunen vill ha en funktionsbedömning, hjälp med att komma tillrätta med en raserad struktur, läkemedelsinställning. Bolmängen tar inte emot personer som har ett aktivt missbruk eller personer som har personlighetsstörningar. De boende "skall vara" mellan 18-50 år.

Den lista som Länsstyrelsen tagit del av (aug-sept 2006) där ålder och inskrivningsdatum framgår, visar att en person är under 35 år, två personer är mellan 35 och 40, sju personer är mellan 41 och 50 år, sju personer är mellan 50 och 70 år och tre personer är över 70 år. Fyra personer har varit i verksamheten 1-2 år, fem har varit i verksamheten i 3-5 år, tre i 6-10 år och sju över 11 år.

Vid intervjuer med handläggare och anhöriga framkom att de inte känner till verksamhetens mål och planer.

När det gäller vistelsetid och standarden i boendet har flera av handläggarna inte reflekterat över detta alls. Av de intervjuade handläggarnas klienter (nio personer) har en varit placerad kortare tid än 10 år. Handläggarna har "övertagit" klienterna från tidigare ansvariga kollegor och de har inte för avsikt att föreslå några förändringar avseende boendeform. Enligt några av handläggarna vill deras klienter absolut inte flytta, de ser Bolmängen som sitt hem. En handläggare framhåller att man i dagsläget inte skulle placera någon klient på Bolmängen under så lång tid dels för att det är "omodernt" dels för att man i möjligaste mån inte köper platser utanför Stockholm.

Anhöriga som intervjuats har inte reagerat på boendestandarden, en menar dock att lokalerna är något nedgångna. Samtliga tycker att utemiljön är lugn och tilltalande.

Länsstyrelsens bedömning

Målen för verksamheten behöver brytas ner i delmål och konkretiseras så att de kan följas upp och utvärderas.

Det är positivt att personalen är informerade om verksamhetsplanering och uppföljning. För att höja engagemanget ytterligare och få en ökad delaktighet skulle personalen kunna involveras mer aktivt i planering och uppföljning. Med tanke på att handläggare och anhöriga inte har någon kännedom om mål och planer bör informationen till dessa förbättras.

Målsättningen att ha boende mellan 18-50 år uppfylls inte med tanke på den åldersfördelning som rådde vid Länsstyrelsens tillsyn. Det är anmärkningsvärt med de långa vistelsetiderna, särskilt med tanke på Bolmängens boendestandard och det tillstånd Bolmängen har som innebär att vistelsetiderna ska vara "korta". De boende som är äldst har varit på Bolmängen längst tid och räknar med stor sannolikhet detta boende som sitt hem där de har sin trygghet. Trots det anser Länsstyrelsen att det är av stor vikt att Bolmängen ställer krav på respektive kommuns handläggare när det gäller att tillsammans med den boende och dennes företrädare ha en aktiv planering för ett annat fullvärdigt boende på sikt om man inte i fullt samförstånd kommer fram till en annan lösning. För nya placeringar bör Bolmängen ha ett annat fokus på ålderskriterierna samt på korta och aktiva behandlingstider.

Verksamhetens innehåll

Länsstyrelsens bedömningsgrunder

Verksamhetens innehåll bör utformas utifrån kunskapen om personer med psykiska funktionshinderns behov av ett fungerande boende och inriktas mot att ge målgruppen ökade möjligheter att delta i samhällets gemenskap och leva som andra.

(3 kap. 3 § SoL, Riktlinjer för tillståndsprövning av enskild verksamhet enligt SoL)

- verksamhetens insatser bör anpassas efter var och ens behov och förutsättningar samt ha motiverande och rehabiliterande inslag
- de boende bör ha tillgång till en kontinuerlig kontakt i personalgruppen.

De boende erhåller insatser individuellt och i grupp. Ledningen anser att det viktigaste på Bolmängen är att miljön för de boende är trygg och förutsägbar och att personalen håller rätt fokus. Personalen arbetar miljöterapeutiskt och har ett kognitivt förhållningssätt. De arbetar mycket med problemlösning och utgör själva ett av behandlingsinstrumenten. Det är viktigt att de boende är ”hela och rena” för att minska utanförskapet och att de blir en del av samhället. I verksamhetsberättelsen för 2005 står: ”En tydlig förändring märks när uppdragen alltmer kommit att fokusera på habilitering. Tidigare tydliga och mätbara mål har ersatts av ångestdämpande insatser, struktur och gränssättning, träning och vidmakthållande av basala färdigheter i en trygg och förutsägbar miljö.”

Varje boende har en kontaktpersonal som har ett extra ansvar bl.a. för att stödja den boende att ha kontakt med nätverk och sina hemkommuner. När någon fyller år firas detta med kaffe på sängen, flagga och önskematsedel.

En gång per vecka hålls behandlingsforum då de boendes behov diskuteras. Vid behandlingsforum deltar sjuksköterska, personal i tjänst och kökspersonal vid de tillfällen då kostfrågor diskuteras.

Personalen framhåller att de ”vårdar psykiskt funktionshindrade med respekt, värdighet och en humanistisk människosyn” och att ”vård och behandling sker utifrån den enskildes individens behov och förutsättningar”. Det innehåll som verksamheten erbjuder är enligt personalen strukturerad sysselsättning, olika kurser, farmakologisk behandling, träning av sociala förmågor och psykologiskt och socialt stöd. Dessa insatser ”ger patienterna en trygg bas att växa mot ett socialt anpassat meningsfullt och självständigt liv”.

Vid intervjuer med handläggarna framkommer att de inte känner till vilket arbetssätt eller vilka metoder som används i verksamheten. De känner inte heller till vilka regler som finns i verksamheten. En framhåller att Bolmängen fungerat bra för de boende, de har gjort framsteg, ”personalen vågar stå kvar när det blåser”, vilket gjort att de boende känner sig trygga. En annan säger att verksamheten fungerar bra för den placerade, som trivs och gör framsteg och personalen har ett bra bemötande. Denna handläggare jämförde med hur det var för en tidigare placerad klient, som vantrivdes för att det fanns för lite sysselsättning. En tredje handläggare anser att klienten får god omvårdnad, ser ut att må bra, kontaktpersonen tar ansvar och ”ser” klienten och det har blivit bättre de sista åren, mer livligt med mer aktiviteter. En handläggare är tveksam till att placera någon ny klient i verksamheten för att det är för lite rehabiliterande inslag. För handläggarens klient som f.n. är på Bolmängen

fungerar det dock bra med ett gott bemötande, trygghet i boendet, hjälp med ekonomi och rutiner.

Ingen av de anhöriga som intervjuats vet vem som är kontaktperson men de känner de verksamhetsansvariga väl. De känner inte heller till vem som är ansvarig handläggare i den placerande kommunen.

Alla fyra menar att deras närstående trivs på Bolmängen, tre anser att deras närstående gjort framsteg, att personalen bryr sig och har ett gott bemötande. ”Det är en lugn atmosfär trots att så många är så svårt sjuka.” Personalen stöttar när det gäller hygien och ADL. En anhörig framhåller att verksamheten fungerar mycket bra, att det finns en närhet till personal och ledning, att det alltid finns någon som har tid att prata när de kommer på besök och att de tar hand om de boende på ett föredömligt sätt. En annan säger att ”Bolmängen är det bästa”. De har bra resurser och den boende får det han behöver”. Någon saknar insatser som mer riktas ut mot samhället, en annan att det skulle finnas ett större utbud av sysselsättning och insatser inom verksamheten.

En av de anhöriga känner väl till de strikta regler som finns, åtminstone för dennes närstående: ”Dom är stenhårda, milt tvång, de ska hålla ordning”.

Länsstyrelsens bedömning

Med tanke på de boende som är äldre och har långa vistelsetider tycks de insatser, som är av mer omvårdande än rehabiliterande karaktär, motsvara dessa boendes behov. Det finns förutsättningar för sysselsättning och aktiviteter i och utanför verksamheten men av bl.a. intervjuer med handläggare och anhöriga att döma, skulle ytterligare ansträngningar kunna göras för att motivera och aktivera flera av de boende. Det är den enskildes individuella behov av och förmåga till sysselsättning och aktiviteter som här ska stå i fokus och personalens uppgift att motivera och stödja honom/henne att ta del av det utbud som han/hon önskar.

Det är viktigt att kontaktpersonens roll utvecklas i den riktning som är planerad och att handläggare och anhöriga respektive företrädare informeras om både vem som är kontaktperson och innehållet i dennes uppgifter. Informationen bör också förbättras när det gäller verksamhetens metoder och förhållningssätt.

Personalens kompetens

Länsstyrelsens bedömningsgrunder

För arbetet med personer med psykiska funktionshinder bör det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

(3 kap. 3 § SoL, 3 kap. 5 § SoF, Riktlinjer för tillståndsprövning av enskild verksamhet enligt SoL, SOSFS 2003:20 (S))

- personal i verksamheter för boende bör ha en utbildning och en erfarenhet som motsvarar de boendes behov och verksamhetens uppdrag. Det innebär att personalen ska ha adekvat grundutbildning inom det psykosociala fältet samt lämplig erfarenhet för arbete med målgruppen.
- personalen i verksamheter för boende bör ha tillgång till regelbunden vägledning, handledning samt fortbildning. Fortbildningen bör vara utformad efter var och ens behov av kompetensutveckling.
- personalen i verksamheter för boende bör sträva mot en kontinuerlig kompetenshöjning och ta aktiv del i den fortbildning, vägledning och handledning som erbjuds.

Inom ramen för ett Mål 3 projekt har verksamhetens behov av kompetens analyserats. Tre personer studerar för närvarande till undersköterska. Bolmängden har som mål att all personal som lägst ska ha utbildning motsvarande undersköterska. All personal har under året genomgått brandutbildning och utbildning i första hjälpen. Meningen är att personalen också ska få en grundläggande utbildning i psykiatri. Innehåll och längd på denna utbildning är ännu inte bestämd. Målsättningen är att personalen ska ha 2,5 dagar kompetensutveckling/år.

Personalen har tidigare haft extern handledning men har nu valt att göra uppehåll. De vill tillsvidare ha handledning av ledningen. Viss handledning kan erbjudas av konsultläkaren, t.ex. krishandledning.

En gång per månad är det arbetsplatsträff. Verksamhetsledningen har årligen medarbetarsamtal och lönesamtal med all personal.

Personalen anser att de har "goda möjligheter till vägledning och råd, god tillgänglighet av sjuksköterska".

Handläggare och anhöriga har ingen uppfattning om personalens kompetens.

Länsstyrelsens bedömning

Det är positivt att all personalen på sikt kommer att ha lägst undersköterskeutbildning och att det sker en kontinuerlig kompetensutveckling som bygger på såväl verksamhetens som den enskilde medarbetarens behov.

Med tanke på att verksamheten till stor del bygger på SoL, är det viktigt att ha detta i åtanke i rekryteringssammanhang och bygga på kompetensen i personalgruppen i denna del med personal med t.ex. socionom-, beteendevetare- eller behandlingsassistentutbildning. Kompetens när det gäller t.ex. arbetsterapiområdet bör sannolikt också vara viktigt för målgruppen. Det är också viktigt att de verksamhetsansvariga kontinuerligt uppdaterar sina kunskaper om socialtjänstlagen och tar del av Socialstyrelsens författningar och allmänna råd som gäller socialtjänstens område.

Att återuppta extern handledning ser Länsstyrelsen som viktigt både för kvaliteten i verksamheten och för personalens välbefinnande.

Personaltäthet

Länsstyrelsens bedömningsgrunder

Vid ett hem för vård eller boende som tar emot personer med psykiska funktionshinder skall det finnas personal tillgänglig dygnet runt i verksamhetens lokaler.

(Föreskrift: 3 § SOSFS 2003:20 (S),

Vid bedömning av personalbehovet i ett hem för vård eller boende bör bl.a. beaktas

- vilken eller vilka behandlingsmetoder som används
- behovet av vård- eller behandlingsinsatser
- behovet av fritidsverksamhet
- antal och ålder hos dem som vårdas eller behandlas
- behovet av jour och beredskap
- arbetstidsavtal och andra bestämmelser som reglerar arbetstiden, samt
- behovet av administration

(Allmänna råd SOSFS 2003:20)

Personalen menar att det finns tillräckligt med ordinarie personal men för få vikarier. Man anser också att det är en säkerhetsrisk för personalen med ensamarbete kvällar och nätter, bl.a. när det gäller risk för brand och hot och våld.

Handläggare och anhöriga har inte kännedom om personaltätheten. Två av de anhöriga tror att det finns tillräckligt med resurser.

Länsstyrelsens bedömning

Att endast vara en personal i tjänst kvällstid från kl. 17.30 innebär att utrymmet för individuellt stöd, reell stimulans och aktiviteter blir begränsat i verksamheten under dessa timmar. Även dessa tider på dygnet bör utrymme för sysselsättning och individuellt stöd enligt ett miljöterapeutiskt förhållningssätt finnas till de boende.

Med tanke på att verksamheten tar emot personer som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV, och lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och samtidigt har ett flertal personer boende i verksamheten som är över 80 år, är ensamarbete kvällstid ett riskmoment.

Personalen har också uttryckt att det finns säkerhetsrisker med att arbeta ensamma. MAS i Flens kommun uttryckte samma uppfattning i den tillsynsrapport hon skrev i januari 2006. I ansökan om tillstånd daterad 16 januari 2003 om tillstånd för Bolmängen står att personalbemanningen ska vara 1-2 på kvällstid.

Av ovanstående skäl är Länsstyrelsens uppfattning att minst två personer bör vara i tjänst kvällstid.

Kvalitetsarbete och skriftliga riktlinjer/rutiner

Länsstyrelsens bedömningsgrunder

Verksamheter för boende bör ha ett system för att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten. Systemet bör omfatta för verksamheten relevanta områden och kvaliteten i verksamheten bör fortlöpande förbättras i linje med psykiatrireformens intentioner. Verksamheten skall vidare ha skriftliga riktlinjer för hantering av klagomål och för missförhållanden, Lex Sarah.

(3 kap. 3 § SoL, 7 kap. 2 § SoL, SOSFS 2003:20, SOSFS 2006:11, SOSFS 2005:8 (S), SOSFS 2006:5 (S))

- verksamheten bör ha ett system för att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten med en ansvarig person
- något eller några relevanta områden bör ha fokuserats i kvalitetsarbetet och lett fram till ett förbättringsarbete
- verksamheten skall ha skriftliga riktlinjer för hantering av klagomål samt anmälan om missförhållanden (Lex Sarah)
- personalen bör känna till verksamhetens kvalitetssystem och delta i kvalitetsarbetet
- riktlinjerna för Lex Sarah skall vara kända och tillämpas av personalen i verksamheten

Verksamhetsansvariga har sedan de tog över verksamheten tagit fram ett antal riktlinjer och rutiner för verksamheten, Målet är att allt kvalitetsarbete ska samlas i ett dataprogram. Det arbetas ständigt med förbättringsområden. Det finns tankar på att vidga målgruppen framöver till att gälla även neuropsykiatriska diagnoser. Det sker ständigt förbättringar av fastigheten.

Enligt personalen förs ”en levande dialog mellan ledning och personal om förbättringar och förändringar”. Resultaten formuleras i kvalitetsdokument. Förbättringsområden som identifierats det senaste året är säkerhet, både för personal och patienter, livsmedelshantering, dokumentation och utveckling av kontaktmannaskapet.

Det finns rutiner för klagomål från boende och närstående. Ofta vänder sig boende till personalen om de har några synpunkter på verksamheten. Boende har en bra dialog med personalen. Enligt personalen får boende som kan ta emot information veta att det finns rutiner för klagomålshantering.

Det finns rutiner för anmälan enligt Lex Sarah. Personalen har diskuterat vad som kan vara ett allvarligt missförhållande. SOSFS finns tillgänglig för personalen. Det har inte varit någon anmälan enligt Lex Sarah på Bolmängen.

Rutiner för avvikelser finns för hälso-och sjukvårdsområdet.

I en rutinpärm, som är tillgänglig för all personal, signerar personalen när de tagit del av ny information.

På frågan om tre områden verksamheten är bra på, dess ”styrkor”, nämner ledningen att ”verksamheten är bra på psykiatrisk vård och behandling.” Den interna organisationen fungerar bra liksom informationen. Det är en varm stämning, personalen tycker om brukarna och personalen är kompetent och klarar att gå i hela spektralt”

Personalen lyfter fram omvårdnad – ”tung”.psykiatrisk omvårdnad med erkänt goda vårdresultat”, kontaktmannaskapet och att man är av olika nationaliteter.

När det gäller förbättringsområden tar ledningen upp att den somatiska vården, den psykiatriska kompetensen, dokumentationen (inkl datorisering) och att den yttre miljön behöver rustas ytterligare.

Personalen lyfter fram ensamarbetet på kvällarna och att det är för få manliga skötare.

Handläggare och anhöriga känner inte till om verksamheten har speciella riktlinjer, de har inte fått någon broschyr som beskriver verksamheten och skulle de ha klagomål framförs dessa till verksamhetsansvariga.

Länsstyrelsens bedömning

Verksamhetens kvalitetssystem och pågående kvalitetsarbete samt hantering av synpunkter och klagomål bör göras känt för de boende, handläggare, anhöriga och företrädare.

Kontinuerliga diskussioner bör föras i personalgruppen om vilken typ av händelser som bör anmälas enligt Lex Sarah.

Brukarinflytande

Länsstyrelsens bedömningsgrunder

Personer med psykiska funktionshinders egna val och prioriteringar skall vara utgångspunkten för alla insatser som riktas till den enskilde. Det innebär att verksamheter för boende bör finna former för inflytande för de boende i verksamheten.

(SOU 1992:73 sid. 20, 1 kap 1 § SoL, 3 kap. 3 § SoF)

- verksamheter för boende bör ha någon form av brukarråd eller ha utvecklat någon form för att systematiskt inhämta de boendes synpunkter på verksamheten
- de boendes synpunkter bör ha beaktats och påverkat verksamhetens innehåll och utformning i något eller några angivna exempel.

Personalen får ständigt respons på hur de boende upplever verksamheten och boendet. Det finns inget brukarråd och några allmänna möten för de boende genomförs inte. De boendes synpunkter tas tillvara t ex när resor och aktiviteter planeras genom att personalen tar tillvara deras idéer. Personalen menar att de boende har inflytande på verksamheten genom att man frågar dem direkt. ”Kontaktmannen har en viktig funktion att fånga upp synpunkter och önskemål från sina boende.”

Varken handläggare eller anhöriga har några uppfattningar i denna fråga.

Länsstyrelsens bedömning

De boendes synpunkter bör tas tillvara på ett mer systematiskt sätt än vad som sker idag.

Individuell planering

Länsstyrelsens bedömningsgrunder

De insatser personer med psykiska funktionshinder får inom ramen för verksamheten skall planeras och systematiskt följas upp. En individuell plan bör upprättas där det framgår vilka insatser som utgår samt målet för dessa.

(11 kap. 5 § SoL, 3 kap. 3 § SoF, SOSFS 2006:5 (S), SOSFS 2006:11 (S))

- verksamheten bör planera sina insatser för enskilda boende och formulera individuella mål
- den individuella planeringen samt genomförandet av insatser inom verksamhetens ram skall dokumenteras
- verksamheten bör genomföra en systematisk uppföljning av insatserna för enskilda boende
- den individuella planeringen bör vara samordnad med övriga insatser som utgår från andra berörda enheter/organisationer/myndigheter i de fall enskilda boende så önskar

När en kommun köper en plats på Bolmängen ingår ett konkret måldokument i avtalet och det ska finnas en långsiktig planering för den boende. Möjlighet att avbryta placeringen finns inskrivet i avtalet. Skäl till detta kan vara om den boende blir hotfull eller tillgriper våld.

De flesta placeringar följs upp varje halvår genom att biståndshandläggarna besöker Bolmängen. Den enskilde deltar om hon/han vill. Önskemål finns att kontaktpersonal ska delta vid uppföljningsbesöken. I verksamhetsplanen för 2006 står att krav ska ställas ”på att samtliga placerare följer upp sina placeringar och gör sig delaktiga i vårdplaneringen”.

Det upprättas en genomförandeplan enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Framöver kommer det att upprättas en särskild plan enligt SoL. Personalen i verksamheten dokumenterar manuellt. De boende har individuella pärmar där dokumentationen samlas. Personalen skriver löpande anteckningar, främst av social karaktär som sedan sammanfattas av sjuksköterskan. Löpande anteckningar förvaras i en pärm som är gemensam för flera brukare, åtskilda med flikar.

De boende har möjlighet att läsa den dokumentation som rör dem själva.

Personalen anger att planeringen av insatser sker i samråd med placeraren, den boende och vårdgivaren. En vårdplan, som går igenom varje måndag, finns för varje boende. Var och en har också ett veckoschema som personalen följer varje dag. Den individuella planen innehåller uppgifter om boendet, daglig sysselsättning, fritidsaktiviteter, psykisk och fysisk hälsa/ohälsa, tid för uppföljning. I vissa fall också arbetsrehabilitering, samarbetskontakter och den boendes egna önskemål. Den boende är med i vissa fall vid uppföljningen, som kan ske alltifrån varje dag till en gång per vecka,. De som vill ta del av innehållet i sin journal hänvisas till verksamhetsansvarig. Daganteckningar skrivs varje dag av personalen. Dessa skall innehålla uppgifter om aktivering, sysselsättning, ADL och social förmåga och skall vara utformade ”så att patienternas integritet respekteras”. Dokumentationen förvaras inlåst i personalrummet och varje boende har sin egen journal.

Två av handläggarna uppger att individuella planer upprättas för deras klienter medan övriga inte vet. Dessa båda och ytterligare en deltar i uppföljning av de individuella planerna var 6:e mån till en gång per år, en av dem säger att ”det finns mer att önska av de individuella

planerna”. Av de övriga handläggarna känner en inte till om individuella planer upprättas, en säger att det inte upprättas medan övriga tre antingen inte besökt verksamheten alls eller inte varit där på tre år och följaktligen inte deltagit i några regelbundna uppföljningar. Två av handläggarna uppger särskilt att de får en skriftlig rapport angående klienten varje år, en säger sig inte få någon.

De anhöriga känner inte till om det finns någon individuell plan och de har inte varit delaktiga i några uppföljningar. Två tror att det förs någon form av individuell dokumentation varav den ena drar den slutsatsen utifrån att information om dokumentation gavs på den förra institutionen som den anhörige vistades på.

Vid återrapporteringen granskades sex akter. Tydliga uppdrag från placerande kommuner fanns endast i två fall. Aktgranskningen bekräftar att personalen för löpande anteckningar och att dessa sammanfattas. I en akt fanns en individuell plan enligt SoL. Årtal fattades i de löpande anteckningarna i fyra akter.

Länsstyrelsens bedömning

Det är av största vikt att arbetet med att utveckla genomförandedokumentationen (individuella planer och social dokumentation) och övrig dokumentation enligt SoL genomförs, så att samtliga boende har en individuell planering. Det är också viktigt att verksamhetsplanens intentioner för 2006, som gäller handläggarnas delaktighet, förverkligas. De boende, anhöriga respektive företrädare bör informeras om dokumentationsskyldigheten och om den enskilde boende så vill, bör anhöriga/företrädare göras delaktig i planering och uppföljning av den individuella planen.

Integritet och självbestämmande

Länsstyrelsens bedömningsgrunder

Personer med psykiska funktionshinder skall som alla andra kunna påverka det boende eller den sysselsättning han önskar samt det stöd han eller hon behöver för ett fungerande boende och ha en meningsfull sysselsättning.

(1 kap. 1 § SoL, 3 kap. 3 § SoF, SOSFS 2006:11 (S))

- den enskilde bör ha möjlighet till självbestämmande och en hög grad av integritet i sitt boende
- den enskilde bör vara delaktig i planering och uppföljning av de insatser som genomförs inom ramen för verksamheten
- den enskilde bör vara delaktig i det samarbete som sker mellan verksamheten och andra vård-, stöd- och rehabiliteringskontakter

Personalen uppmuntrar de boende att ta med egna möbler och annan utrustning. Några av de boende kan låsa sin dörr och i stort sett komma och gå som de vill. Det finns inga möjligheter för de boende att ha nattgäster. Måltiderna serveras på bestämda tider. Rökning och alkoholintag på rummet är inte tillåtet. De boende kan bestämma egna aktiviteter ”inom rimliga gränser”.

De boende kallas ”patienter”, både vid intervjuerna och i de handlingar som Länsstyrelsen tagit del av.

Begreppen frigång och permission används i verksamheten.

I det klagomål till Länsstyrelsen som bl.a. ligger till grund för tillsynen framkom att en boende varit utelåst från sitt rum dagtid för att vederbörande enligt uppgift annars sov hela dagarna med påföljden att nattsömnen blev allvarligt störd och den psykiska sjukdomen förvärrades. Vissa av den personens tillhörigheter låstes också in av olika skäl.

Av de handläggare som vet något om verksamheten, uppger en att klienten kan vara ute och promenera själv i omgivningen, ”han vandrar hela tiden”, en annan att klienten har stor frihet och kommer och går efter eget tycke, en anger att en cigarett per timme utdelas.

En av de intervjuade anhöriga uppgav att skulle hans närstående få säga sitt, skulle han ha synpunkter på att man inte får göra som man vill när det gäller bl.a. pengar, kläder, rakning och klippning. En anhörig berättar om strikt kontrollerad rökning.

Länsstyrelsens bedömning

För att uppfylla kraven på den enskildes möjlighet till självbestämmande och integritet i boendet bör stor hänsyn tas till dennes egen vilja i olika sammanhang. Den enskilde bör ha stort inflytande när det gäller åtgärder som rör den egna integriteten.

Begreppet patient ger associationer till en vårdinrättning eller ett sjukhus, vilket Bolmängen inte är. Bolmängen har tillstånd till 20 platser enligt socialtjänstlagen och ska för de personerna ha ett socialt fokus med sjukvårdande *inslag* som t.ex. tillhandahållande av läkemedel. Många av de personer som vistas på Bolmängen har varit där under lång tid och bör i stället rimligen betraktas inte i huvudsak som patient utan som ”boende” på Bolmängen. Ordet patient blir i sammanhanget ett passiviserande och medicinskt laddat begrepp. Vid tidpunkten för tillsynen var 16 av 20 boende placerade av kommun eller stadsdel.

Begrepp som ”frigång” och ”permission” hör inte heller hemma i en SoL-verksamhet, som är en verksamhet baserad på frivillighet. Människor kan inte hindras att gå och röra sig fritt. De som möjligen kan ha restriktioner är personer som vårdas enligt LRV, och LPT, men inte heller i dessa fall kan tvångsåtgärder tillgripas. Att låsa en boendes rum så att han/hon inte tillåts att vistas i rummet under vissa tider är inte heller acceptabelt att göra i en SoL-verksamhet om inte den boende själv önskar. Andra alternativa metoder, som extrapersonal för aktivering och stimulans och motiverande samtal etc. bör användas i stället.

Samarbete

Länsstyrelsens bedömningsgrunder

Verksamheter för boende bör ha en inriktning mot samarbete med andra berörda organisationer och myndigheter som ligger i linje med verksamhetens uppdrag och gärna samarbeta med brukar- och anhörigorganisationer på orten.

(2 kap. 6 § SoL, 3 kap 5 § SoL, 5 kap 8 § SoL)

- personal i verksamheter för boende bör känna till den enskildes centrala kontakter inom kommun och landsting förutsatt att den enskilde så önskar
- verksamheten bör ha en tydlig och adekvat inriktning mot samarbete
- verksamheten bör ha ett formaliserat system för samarbete med andra enheter inom socialtjänsten och psykiatrin på både organisations- och individnivå

Bolmängden samverkar med placerande kommuner, primärvård, psykiatri, tandvård och Försäkringskassan endast på individnivå. Det finns inte någon generell samverkan med Flens kommun.

Bolmängden samarbetar inte med några brukarorganisationer men med Nykterhetsrörelsens bildningsverksamhet, NBV, och kyrkan.

Samverkan med närstående eller företrädare sker också på individnivå. En anhörigträff är planerad under hösten.

Personalen vet i enstaka fall vem som är ansvarig handläggare för den boende. Kontaktpersonens ansvar ”kommer att utökas med större kontaktyta mot socialtjänsten bl.a.”.

När det gäller intern samverkan har personalen möte en gång per månad och rapportering mellan arbetspassen sker både muntligt och skriftligt.

Handläggarna, även de som varit sällan eller aldrig på Bolmängden, tycker att de får information från verksamhetsansvariga om något händer, ”de ringer så fort det är något”. En handläggare kommenterar att ”egentligen skulle jag besöka verksamheten årligen men det hinner jag inte” (det senaste besöket var för tre år sedan), en annan säger att ”några rutiner för uppföljningar av dessa placeringar finns inte”.

De anhöriga är i stora drag nöjda med kontakterna med verksamheten.

Länsstyrelsens bedömning

För att få en ökad öppenhet i verksamheten bör samverkan på organisationsnivå öka gentemot myndigheter och organisationer, som t.ex. kommunens socialtjänst, Riksförbundet social och mental hälsa, RSMH, och Schizofreniförbundet.

Det är positivt att kontaktpersonens uppgifter utökas mot ökad samverkan med bl.a. socialtjänsten på individnivå.

När det gäller samverkan har placerande kommuner ett stort eget ansvar, bl.a. när det gäller uppföljning på individnivå, som de i många fall inte lever upp till.

Sammanfattande bedömning

Länsstyrelsens ser positivt på det kvalitetsutvecklingsarbete som pågår bl.a. när det gäller verksamhetens innehåll, kontaktpersonens uppgifter, dokumentation och upprustning av lokaler. För nya placeringar bör Bolmängen ha ett annat fokus på ålderskriterierna samt på korta och aktiva behandlingstider

Länsstyrelsen är kritisk till de inslag i behandlingsfilosofin som ger associationer till psykiatriskt sjukhus och tvångsliknande inslag. Detta synsätt är inte förenligt med socialtjänstlagens och psykiatireformens intentioner. Länsstyrelsen är också kritisk till den låga bemanningen kvällstid samt till brister i dokumentationen.

Återrapporering

Vid återrapporeringen framkom följande förändringar och förtydliganden sedan tillsynen i september 2006:

- I verksamheten arbetar en beteendevetare som konsult och två av sommarvikarierna studerar till beteendevetare. Två i personalen är behandlingsassistenter, en av dessa är också utbildad undersköterska.
- Kvällsbemanningen ska ses över.
- Inställelsetiden för den som är jour är högst 30 minuter. Brandkåren skall vid larm vara på plats inom tre minuter.
- Vid diskussion om begreppet ”frigång” framkom att innebörden handlar om individens orienteringsförmåga. Länsstyrelsen anser att detta begrepp då bör användas i stället.
- Verksamheten kommer att ansöka om HVB-tillstånd, då inriktningen enligt de ansvariga bättre överensstämmer med ett sådant tillstånd.