

Avdelning syd  
Lennart Wennberg  
Lennart.Wennberg@ivo.se

Skärholmens stadsdelsförvaltning

Enligt sändlista

2019-07-08

### Viktig information om Rosenhill Vård och Omsorg AB (org. nr 556269-4793)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har den 4 juli 2019 fattat beslut om att förelägga Rosenhill Vård och Omsorg AB i Tingsryds kommun att senast 30 den september 2019 vid vite om 1 000 000 kronor säkerställa att en rad åtgärder vidtas. (se bilaga 1)

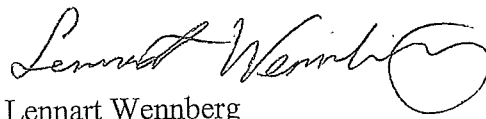
Bakgrunden till föreläggandet är att IVO vid tillsyn av verksamheten har konstaterat fara för patientsäkerheten samt missförhållanden som har betydelse för enskildas möjligheter att få de insatser de har rätt till vid verksamheten. (se bilaga 2)

Då vi fått kännedom om att er kommun har en eller flera brukare placerade uppmanar IVO härmed nämnden att följa upp att den enskilde får den beviljade insatsen utförd enligt nämndens beslut.

### Har ni frågor?

Välkommen att kontakta inspektör Lennart Wennberg på telefon: 010-788 53 33 eller enhetschef Lars Rahm på telefon 010-788 53 53.

För Inspektionen för vård och omsorg



Lennart Wennberg

### Bilagor:

1. Föreläggande, dnr 8.7.1-23860/2019
2. Tillsynsbeslut, dnr 8.5-10282/2019

### Sändlista

- Emmaboda kommun, socialnämnden
- Göteborgs stad, stadsdelsnämnd Östra Göteborg
- Lessebo kommun, socialnämnden
- Oskarshamns kommun, socialnämnden
- Ronneby kommun, socialnämnden
- Sigtuna kommun, äldre- och omsorgsnämnden
- Stockholms stad, Bromma stadsdelsnämnd
- Stockholms stad, Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsnämnd
- Stockholms stad, Farsta stadsdelsnämnd
- Stockholms stad, Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd
- Stockholms stad, Skärholmens stadsdelsnämnd
- Södertälje kommun, omsorgsnämnden/ äldreomsorgsnämnden
- Växjö kommun, nämnden för arbete och välfärd

### Endast för kännedom

- Överförmyndarnämnden i östra Kronoberg
- Tingsryds kommun, vård- och omsorgsnämnden, miljöförvaltningen

Stefan Johansson  
Rosenhill Vård och Omsorg AB  
Kyrkogatan 9  
362 98 ÄLMEBODA

### Ärendet

Föreläggande mot Rosenhill Vård och Omsorg AB, org. Nr 556269-4793, med anledning av fara för patientsäkerheten, samt missförhållanden som har betydelse för enskildas möjligheter att få de insatser de har rätt till vid verksamheten Rosenhill i Tingsryd.

### Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) förelägger med stöd av 7 kap. 24 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, samt 13 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, Rosenhill Vård och Omsorg AB att senast 30 september 2019 vid vite om 1 000 000 kronor säkerställa att nedanstående åtgärder vidtas.

Utifrån sitt ansvar i egenskap av vårdgivare säkerställa:

- att ett komplett ledningssystem för Rosenhill upprättas och implementeras. Ledningssystemet ska innehålla processbeskrivningar, för de av verksamheten identifierade processerna, samt utarbetade och fastställda rutiner inom ramen för varje process, som behövs för att säkra Rosenhills kvalitet.
- att upprätta och implementera ett systematiskt patientsäkerhetsarbete med uppföljning och utvärdering av vidtagna åtgärder samt egenkontroll så att det får avsedd effekt för patienterna.
- att läkemedelshanteringen tillförsäkrar att patienterna får rätt läkemedel i rätt dos och att mediciner förvaras, iordningställs och överlämnas i enlighet med gällande reglering.
- att delegeringsbeslut fattas för alla som ska ha den rätten och att det sker utifrån en professionell bedömning med utbildning, kontroll och uppföljning av att delegeringsmottagaren har förutsättningar att fullfölja uppgiften.
- att dokumentation förs fortlöpande i patientjournaler om de uppgifter som behövs för att patienterna ska få en god och säker vård i enlighet med 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355), PDL.

Utifrån sitt ansvar i egenskap av utövare av socialtjänst säkerställa:

- att verksamheten bedrivs i enlighet med beviljat tillstånd, vilket innebär säkerställande av att de personer som skrivs in på Rosenhill tillhör rätt målgrupp, verksamheten bedrivs i beviljade lokaler samt att platsantalet följs i alla dess delar.
- att organisera verksamheten så att brukarna tillförsäkras insatser som uppfyller kraven på säkerhet och god kvalitet, vilket bl.a. inbegriper
  - att säkerställa att det finns tillräcklig bemanning såväl dagtid som nattetid så att personalen har uppsikt och utan dröjsmål kan uppmärksamma, hjälpa och stödja de boende.
  - att säkerställa att adekvat utrustning, hjälpmedel och bemanning finns tillgänglig så brukarna inte hindras från utevistelse och fritidssysselsättning.
  - att säkerställa att otillåtna begränsningsåtgärder inte förekommer.
- att åtgärder vidtas så att dokumentation förs fortlöpande om de åtgärder som vidtas, liksom faktiska omständigheter och händelser av betydelse för att brukarna ska få sina behov tillgodosedda.
- att ett komplett ledningssystem för Rosenhill upprättas och implementeras. Ledningssystemet ska innehålla processbeskrivningar, för de i verksamheten identifierade processerna, samt utarbetade och fastställda rutiner inom ramen för varje process, som behövs för att säkra Rosenhills kvalitet.

Utöver ovanstående förelägger IVO Rosenhill Vård och Omsorg AB att senast den 15 oktober 2019 komma in med en redogörelse över de åtgärder som vidtagits enligt ovan och övriga åtgärder som Rosenhill Vård & Omsorg AB har vidtagit för att säkerställa att verksamheten har en god patientsäkerhet och att brukarna får de insatser de har rätt till med anledning av kraven ovan.

IVO kommer därefter att vid inspektion kontrollera att de redovisade åtgärderna genomförts och fått avsedd effekt.

I de fall huvudmannen inte inkommer med begärd redogörelse enligt ovan kan IVO komma att ansöka om utdömande av vitet.

## Skälen för beslutet

### Inledning

IVO anser att det föreligger skäl att förelägga med vite Rosenhill Vård och Omsorg AB (Rosenhill) att vidta åtgärder. IVO har i tillsynen bedömt att det föreligger såväl fara för patientsäkerheten för de boende på Rosenhill, som missförhållanden inom flera områden som har betydelse för de boendes möjligheter att få de insatser de har rätt till.

Rosenhill är vårdgivare och som sådan ansvarig för hälso- och sjukvårdsinsatser upp till läkarnivå. I verksamheten tjänstgör en legitimerad sjuksköterska, Stefan Johansson, som ensamt har sjuksköterskeansvar. Stefan Johansson är även verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska, föreståndare samt styrelseordförande för Rosenhill Vård & Omsorg AB. IVO har genom råd och vägledning vid inspektioner och tidigare beslut uppmärksammat verksamheten på gällande bestämmelser. Av svar från Stefan Johansson, med knapphändiga redovisningar, i de fall svar getts, kan IVO inte göra annan bedömning än att verksamheten inte tagit till sig av vad som behöver åtgärdas.

IVO har dels bedömt att vårdgivaren underlåtit att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL upprätthålls. Tillsynen har påvisat flera allvarliga brister i verksamhetens patientsäkerhetsarbete, samt omfattande brister i såväl läkemedelshantering, delegering, dokumentation, som bristande egenkontroll. Vidare har det framkommit att verksamheten saknar ett, för Rosenhill framtaget, systematiskt kvalitetsarbete med, för Rosenhill, framarbetade processer och rutiner, vilket gör att verksamheten inte har något systematiskt arbetssätt för att säkerställa patientsäkerheten. IVO anser att vårdgivaren inte har skapat förutsättningar för att bedriva god hälso- och sjukvård och ett systematiskt patientsäkerhetsarbete på Rosenhill, vilket gör att patienterna utsätts för en konkret och direkt risk att drabbas av vårdskador i form av lidande samt psykisk och fysisk skada. IVO konstaterar således att vårdgivaren inte uppfyller kraven i 3 kap. 1 § PSL.

Av 7 kap. 24 § PSL framgår att om IVO finner att en vårdgivare inte fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. PSL och det finns skäl att befara att underlåtenheten utgör en fara för patientsäkerheten eller säkerheten för andra, ska inspektionen förelägga vårdgivaren att fullgöra sina skyldigheter om det inte är uppenbarligen obehövligt. Ett sådant föreläggande får förenas med vite.

IVO har bedömt att det även föreligger missförhållanden inom flera områden som, i synnerhet i kombination med varandra, har direkt betydelse för brukarnas möjligheter att få de insatser de har rätt till enligt SoL. Rosenhill är en tillståndspliktig verksamhet med tillstånd att bedriva vård inom socialtjänstens områden. Enligt 3 kap. 3 § SoL ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Missförhållandena består dels av att verksamheten bedriver verksamhet utanför sitt tillstånd. Tillsynen har även visat att det föreligger

omfattande brister i arbetssätt, förutsättningar att ge insatser av god kvalitet utifrån såväl befintliga materiella resurser, som tillgängligheten av personal. Tillsynen har även visat att det föreligger omfattande kommunikations- och dokumentationsbrister vilket gör att informationsöverföring uteblir eller inte tas om hand. Verksamheten saknar även här ett systematiskt kvalitetsarbete med framarbetade processer och rutiner vilket gör att verksamheten inte heller i denna del har något framarbetat medvetet arbetssätt eller egenkontroll för att säkerställa att brukarna får insatser av god kvalitet och att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten.

Av 13 kap. 8 § första stycket SoL framgår att om IVO finner att det i verksamhet som står under tillsyn enligt denna lag förekommer missförhållanden som har betydelse för enskildas möjligheter att kunna få de insatser de har rätt till, får inspektionen förelägga den som svarar för verksamheten att avhjälpa missförhållandet. Ett föreläggande ska innehålla uppgifter om de åtgärder som inspektionen anser nödvändiga för att det påtalade missförhållandet ska kunna avhjälpas. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.

IVO finner att det finns förutsättningar att rikta föreläggande mot Rosenhill Vård och Omsorg AB, om att verksamheten vidtar åtgärder för att fullgöra sina skyldigheter enligt såväl 7 kap. 24 § PSL som att avhjälpa missförhållandena i enlighet med 13 kap. 8 § SoL (jmf 13 kap 1-3 §§). IVO anser att föreläggandet ska förenas med vite. IVO anser att vitesbeloppet, med hänsyn till vad som är känt om huvudmannen, det allmännas intresse av att missförhållandena avhjälpas och omständigheterna i övrigt, ska fastställas till 1 000 000 kr, vilket kan antas förmå huvudmannen att följa föreläggandet (3 § lagen [1985:206] om viten). I 3 § viteslagen framgår bl.a. följande. När vite föreläggs, ska det fastställas till ett belopp som med hänsyn till vad som är känt om adressatens ekonomiska förhållanden och till omständigheterna i övrigt kan antas förmå honom att följa det föreläggande som är förenat med vite. Vitet ska fastställas till ett bestämt belopp, om annat inte följer av 4 §.

Fara för patientsäkerheten enligt 3 kap. PSL

#### *Ledningssystem saknas*

IVO bedömer att Rosenhill saknar ett för verksamheten framtaget ledningssystem som ska finnas för att utveckla och säkra kvaliteten för hälso- och sjukvården inom verksamheten. Med kvalitet avses bl.a. att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård (2 kap. 1 § SOSFS 2011:9). Tillsynen visar att det föreligger omfattande brister i verksamhetens patientsäkerhetsarbete och avsaknaden av ett komplett ledningssystem med framtagna processer och rutiner tillsammans med dessa faktiska konstaterade brister utgör en fara för patientsäkerheten.

I samband med inspektion begärde IVO kopior på ett flertal relevanta processer och rutiner i verksamheten. Några överlämnades vid inspektion,

några inkom till IVO i efterhand men flera har inte kommit IVO tillhanda. Av de handlingar som IVO tagit del av var ett flertal inaktuella och/eller utgick från en annan verksamhet och/eller inte anpassade till Rosenhills verksamhet. IVO gör ingen annan bedömning än att Rosenhill alltfjämt saknar rutiner som medarbetare i verksamheten kan följa i sitt arbete och att verksamheten saknar ett för Rosenhill framtaget ledningssystem. Vårdgivaren uppfyller därmed inte 3 kap. 1 § PSL där det framgår att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) HSL upprätthålls. Enligt 5 kap. 4 § HSL ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Den som bedriver verksamheten ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Detta framgår av 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). Att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt för att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete utifrån dessa strukturer. Enligt 3 kap. 2 § SOSFS 2011:9 är syftet med ledningssystemet att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Det är vårdgivarens ansvar att själv identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap. 2 § SOSFS 2011:9) och IVO vill särskilt poängtera att det inte är en formalitet att ha ett fungerande ledningssystem med utarbetade processer och rutiner för just Rosenhills verksamhet. Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till missförhållanden och andra avvikelser från de krav och mål, enligt lagar och andra föreskrifter, kan förebyggas.

#### *Systematiskt patientsäkerhetsarbete brister*

IVO bedömer att det finns betydande brister i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och Rosenhill behöver säkerställa att ett sådant upprättas och implementeras i verksamheten. IVO anser att brister i läkemedelshantering, delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården samt dokumentation i patientjournaler, tillsammans med avsaknad av aktuella patientsäkerhetsberättelser och bristen på ledningssystem inte annat kan bedömas än att det föreligger en frånvaro av ett tillfredställande patientsäkerhetsarbete. Därutöver saknas rutiner för vad som gäller vid negativa händelser och hur personalen fullgör skyldigheten att rapportera risker för vårdskador som händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

IVO konstaterar att vårdgivaren inte uppfyller 3 kap. PSL där det bland annat framgår att vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt

patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren dokumenterar inte patientsäkerhetsarbetet i verksamheten i enlighet med 3 kap. 9-10 §§ PSL samt 7 kap. 2-3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om lednings-system för systematiskt kvalitetsarbete.

#### *Patientsäkerhetsberättelser saknas*

Som ett led i vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt 3 kap. 10 § PSL. Av denna ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts. I 7 kap. 2 § SOSFS 2011:9 framgår utöver vad som nämns i PSL, närmare bestämmelser kring vad den ska innehålla.

IVO har begärt att få ta del av de två senaste årens patientsäkerhetsberättelser. Det IVO har fått ta del av bedöms inte till dess innehåll motsvara verksamheten Rosenhills patientsäkerhetsarbete, då det innehåller uppenbara felaktigheter. I det fall det skulle utgöra Rosenhills patientsäkerhetsarbete, uppfyller det inte kraven i enlighet med bestämmelserna i PSL samt SOSFS 2011:9, då det saknas information om patientsäkerhetsarbete av betydelse, uppgifter om relevanta åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, samt vilka resultat som uppnåtts.

#### *Läkemedelshanteringen brister*

IVO bedömer att det föreligger ett flertal patientsäkerhetsrisker vid hanteringen av läkemedel på Rosenhill. IVO konstaterar i sin tillsyn att patienterna riskerar att få fel läkemedel, inte få ordinerade läkemedel eller få felaktig dos av ordinerat läkemedel. IVO anser att de krav som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården inte är uppfyllda. IVO anser vidare att verksamheten brister då Stefan Johansson i egenskap av vårdgivarrepresentant, verksamhetschef, MAS och sjuksköterska på Rosenhill, brister i sitt ansvar gällande läkemedelshanteringen.

Vid inspektionen fann IVO att förvaring, iordningställande och överlämnande av läkemedel inte sker i överensstämmelse med bestämmelserna i 8 kap. samt 12 kap. HSLF-FS 2017:37.

I läkemedelsrummet och i läkemedelsskåpet fann inspektörerna en allmän oordning samt att det var ohygieniskt. Patienternas läkemedel förvarades delvis åtskilda på hyllor markerade provisorisk och med otydlig markering om vilken patient som avsågs. Det förekom också att olika patienters läkemedel förvarades blandat, läkemedel med passerat utgångsdatum, samt att läkemedel inte förvarades enligt tillverkarens anvisning, t.ex. i kyl.

Vid inspektionen framkom även att det inte sker kontroll mot läkemedelslista vid iordningställande utan det sker mot doskortet på dosettens baksida. I



anslutning till matsalen förvarades, flera patienters dosrullar, dosetter samt muggar med vid behovsläkemedel i samma skåp. Dosetter och muggar var bristfälligt märkta med personuppgifter och innehåll. Vid överlämning av läkemedel gjordes ingen kontroll mot läkemedelslista. Ovanstående är enligt IVO:s bedömning inte är förenligt med en säker hantering i enlighet med 8 kap. 4, 7 och 10 §§ HSLF-FS 2017:37.

Vid granskning av patientjournaler konstaterar IVO att sjuksköterskan under 2018 administrerat fel läkemedelsdoser i injektionsform till en patient. Av IVO:s granskning framkom också att 25 av 26 patienter hade pågående läkemedelsbehandling, för fem av dessa saknades läkemedelslista.

IVO bedömer att verksamheten brustit i att säkerställa att det finns och följs fastställda rutiner för hantering av läkemedel i verksamheten. Enligt 4 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Vidare ska vårdgivaren i sitt ledningssystem fastställa rutiner för hantering av läkemedel i verksamheten samt säkerställa att hanteringen regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning enligt 4 kap. 2-3 §§ HSLF-FS 2017:37. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har ansvar för att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedels-hantering (4 kap. 1 § HSF). En legitimerad sjuksköterska bär inom ramen för sin yrkesutövning själv ansvaret för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter (6 kap. 2 § PSL).

På Rosenhill gjorde Apoteket AB en extern kvalitetsgranskning 2015 anseende läkemedelshantering och en åtgärdsplan upprättades med ett antal förbättringsåtgärder. IVO kan konstatera att samma brister som noterades 2015 kvarstod vid inspektionen 2019. Någon ytterligare extern kvalitetsgranskning i enlighet med 4 kap. 3 § HSLF-FS 2017:37 har inte redovisats till IVO avseende läkemedelshantering.

#### *Delegeringsförfarandet brister*

IVO finner även flera patientsäkerhetsrisker gällande delegeringsförfarandet då det saknas tillräcklig introduktion, utbildning och uppföljning av den delegerade uppgiften inom hälso- och sjukvården, som omsorgspersonalen ska ansvara för. IVO bedömer att delegeringsförfarandet inte uppfyller de krav som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård. IVO konstaterar att det brister på samtliga ansvarsnivåer när det gäller att delegeringar är förenliga med säkerheten för patienten.

Vidare bedömer IVO att verksamheten brister, då Stefan Johansson, i egenskap av verksamhetschef, MAS och sjuksköterska på Rosenhill brister i sitt ansvar att fullgöra de olika ansvarsnivåernas arbetsuppgifter, vilket innebär att patientsäkerheten riskeras.

Enligt 4 kap. 1, samt 6 §§ HSF ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses, samt att en medicinskt ansvarig sjuksköterska bland annat ska ansvara för att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten. Av 6 kap. 1 § PSL framgår bl.a. att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare framgår av 6 kap 2 § PSL att en legitimerad sjuksköterska, inom ramen för sin yrkesutövning, själv bär ansvaret för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter.

Av 6 kap. 3 § PSL framgår att hälso- och sjukvårdspersonal endast får delegera en arbetsuppgift till annan när det är förenligt med en god och säker vård för patienten. Den som delegerar en arbetsuppgift ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra arbetsuppgiften. Behovet och lämpligheten av delegering i det enskilda fallet kräver alltid en professionell bedömning då ett delegeringsförfarande förutsätter att personalen har kunskaper, färdigheter och erfarenhet. Omsorgspersonal som har mottagit delegering av, och biträder sjuksköterskan i den aktuella arbetsuppgiften omfattas av PSL och har ansvar för att skaffa sig kunskaper om och tillämpa gällande instruktioner.

I tillsynen konstaterar IVO att det saknas instruktioner/rutiner i verksamheten för vilken kunskap och kompetens som krävs för att ta emot en delegerad arbetsuppgift. Vidare framkommer inte omsorgspersonalens ansvar att inom ramen för sin kompetens uppmärksamma förändringar i patientens hälsotillstånd, hur detta ska dokumenteras och när sjuksköterskan ska kontaktas.

IVO begärde att få en kopia på rutiner för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. IVO har inte fått någon kopia. IVO har i tillsynen sett att det saknas delegeringsbeslut och de beslut som finns är inte fullständiga. Aktuella delegeringsbeslut för de två undersköterskor som iordningställer dosetter saknas också.

Vid intervjuer framkom att i princip samtlig personal har delegering för läkemedelshantering och att delegeringsförfarandet inte följde aktuellt regelverk. Stefan Johansson medgav under intervjun att arbetssättet vid delegering av en hälso- och sjukvårdsuppgift inte sker i enlighet med gällande föreskrift d.v.s. det saknas utbildning, kontroll samt uppföljning av att delegeringsmottagaren har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Intervjuad omsorgspersonal bekräftar att Stefan Johansson delegerar t.ex. läkemedelshantering till ny personal utan att de har fått relevant utbildning. Den intervjuade personalen beskriver att när ny personal frågar om hanteringen vid t.ex. överlämnande av läkemedel, så hänvisar de till Stefan Johansson. Omsorgspersonalen resonerar att det är Stefan Johanssons ansvar för att det finns förutsättningar för arbetsuppgiften. Vid omprövning av delegeringsbeslut lämnar Stefan Johansson ut ett delegeringsbeslut som ska undertecknas men det saknas någon form av uppföljning.

*Dokumentation i patientjournal brister*

IVO bedömer att dokumentationen inte uppfyller kraven enligt 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355), PDL. IVO anser att det föreligger patient-säkerhetsrisker när patienternas vård inte går att följa i omvårdnadsjournalerna som förts av sjuksköterskan. När patienternas vård inte kan följas i dokumentationen kan inte heller informationsöverföringen säkerställas mellan olika yrkeskategorier inom verksamheten. Den kan inte heller förmedlas vid samverkan med andra vårdgivare när patienternas behov kräver andra vårdkontakter/annan vårdnivå. Väsentliga uppgifter och planerade åtgärder och patienternas delaktighet i målformuleringen finns inte tillgängliga, vilket är en förutsättning för att kunna tillgodose patienternas behov.

Bristar i hälso- och sjukvårdsdokumentationen samt brister i informationsöverföring mellan personalen innebär att vård och behandling inte kan följas upp och utvärderas, vilket innebär allvarliga risker för patienter ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Av 3 kap. 2 § PDL framgår att syftet med att föra patientjournal i första hand är att bidra till en god och säker vård av patienten. Av 3 kap. 6 § PDL framgår att en patientjournal bl.a. ska innehålla väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om ställd diagnos och anledning till mer betydande åtgärder och väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.

IVO granskade samtliga 26 omvårdnadsjournaler för perioden mars 2018 - mars 2019. För 12 av patienterna har medicinska journaler förts av läkare vid hembesök. Av uppgifter i den medicinska journalen om patienternas diagnoser och pågående läkemedelsbehandling framgår att patienterna har behov av somatisk och psykiatrisk omvårdnad. I tre omvårdnadsjournaler saknas helt anteckningar, i tre journaler finns en anteckning och i tre journaler framgår två anteckningar under den granskade tidsperioden. I samtliga omvårdnadsjournaler saknas vårdplaner med identifierade behov, planering, vårdens mål, genomförda åtgärder och resultat. I omvårdnadsjournalerna framkommer främst uppgifter om att injektionsgivning är utförd enligt ordination. I några patientjournaler framkom utförd sårvård. Det finns exempel där patienten har vårdats i slutna vård (somatisk och/eller psykiatrisk) där det saknas uppgifter om planering och resultat av vården. Vidare fanns noteringar om att patienten har besökt t.ex. vårdcentral, psykiatrisk vård eller tandvård, men det saknas uppgifter så att besöken sätts i ett sammanhang där vården kan följas.

IVO kan konstatera att i en avvikelse i april 2018 från akutmottagningen på sjukhuset, ställd till Rosenhill konstateras att patienten, en demenssjuk patient med störning i hjärnans cirkulation (CVI), epilepsi och skalltrauma kom till akutmottagningen med andningsbesvär utan informationsblad. Det saknades således information om patientens status, förmåga till kommunikation och sväljförmåga vilket var väsentligt då patienten även har en

stomi. Stefan Johansson besvarade avvikelserna 2019 med att ett informationsblad alltid ska medfölja patienter vid besök till sjukhuset. Vid intervju med omsorgspersonal framkom att det saknades aktuella läkemedelslistor som kunde skickas med när patienten behövde söka sjukvård. Det framkom även att när personalen kontaktade Stefan Johansson på obekvämtid, hänvisades det ofta till ambulanssjukvården utan att Stefan Johansson själv hade bedömt patienten.

Av utredningen framgår vidare att det saknas rutin för dokumentation i patientjournal och av det underlag som framhölls vara patientsäkerhetsberättelse 2018 framgår inte resultat av granskningen eller identifierade förbättringar.

Missförhållande som har betydelse för enskildas möjligheter att få de insatser de har rätt till enligt SoL.

#### *Tillståndet följs ej*

IVO bedömer att verksamheten inte följer gällande tillstånd och att det utgör ett missförhållande som behöver avhjälpas då det inskränker brukarnas möjligheter att få de insatser de har rätt till. Målgruppen har frångåtts, verksamheten har bedrivits i lokaler som inte har godkänts och korttidsvård har bedrivits i annan utsträckning än vad tillståndet medger. Det framgår av 7 kap. 2 § SoL att tillstånd att bedriva verksamhet enligt 7 kap. 1 § SoL endast får beviljas om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet. Vid tillståndsgivningen har en bedömning gjorts huruvida verksamheten kan uppfylla kraven på god kvalitet och säkerhet bland annat utifrån verksamhetens målgrupp. Det innebär att det tillstånd som finns för verksamheten inte är en formalitet utan kopplat till den insats som genomförs ska uppfylla kraven på god kvalitet och säkerhet. När verksamheten bedrivs utanför beviljat tillstånd är det inte säkerställt att den kan bedrivas med god kvalitet och säkerhet enligt 7 kap. 2 § SoL, vilket enligt IVO:s bedömning är ett missförhållande som har betydelse för brukarnas möjligheter att få adekvat omsorgs- och vårdinsatser som de har rätt till.

Rosenhill Vård & Omsorg AB har tillstånd att bedriva verksamhet för målgruppen äldre personer med behov av särskilt stöd och personer från 45 år med psykiska funktionsnedsättningar. Verksamheten får bedrivas i en huvudbyggnad, en närbelägen villafastighet och på Ekedalsvägen där sju lägenheter får nyttjas för boende, lägenhetsnummer 5 b-d, f-h och j. Verksamheten får vidare använda två platser för hem för viss annan heldygnsvård (korttidsvård).

Av tillsynen framgår att verksamheten även har tagit emot personer med missbruksproblematik vilket inte ryms inom verksamhetens tillstånd. Att verksamheten tagit emot brukare med missbruksproblematik framgår av såväl yttrande från huvudmannen, intervju med föreståndare och social

dokumentation. Huvudmannen uppger i yttrande till IVO att missbruksbehandling är en del av verksamhetens arbete. I intervju med föreståndare Stefan Johansson uppges att personalen saknar kompetens avseende missbruksbehandling och vidare att brukare nekas sociala aktiviteter med anledning av befarad risk att återfalla i aktivt missbruk. Av social dokumentation framgår att brukare har en omfattande alkoholproblematik.

IVO har också sett att huvudmannen tagit emot såväl fler personer, som yngre personer än vad tillståndet medger. Av utredningen framgår att dagen innan inspektionstillfället bodde ytterligare en person i verksamheten vilket innebär att platsantalet överskreds med en person. Av utredningen framgår också att verksamheten har under en 5-månadsperiod haft en person som var yngre än 45 år placerad. IVO har i tidigare beslut påpekat att huvudmannen tagit emot fler personer än vad tillståndet medger samt tagit emot personer som är yngre än vad tillståndet medger (se beslut från den 18 april 2016 i ärende 8.5-26600/2015).

Av tillsynen framgår vidare att verksamheten bedriver verksamhet i lokaler på Ekedalsvägen 5 a, e, i som inte omfattas av tillståndet.

IVO bedömer att huvudmannen har tagit emot fler personer för korttidsvård än vad tillståndet medger samt att huvudmannen frångått tillståndet avseende den fysiska placeringen av korttidsplatserna samt att huvudmannen har frångått tillståndet avseende syftet med korttidsvården.

Enligt tillståndet får verksamheten använda två platser för korttidsvård. Enligt särskilda villkor för tillståndet får personer som beviljats korttidsvård endast placeras i huvudbyggnadens särskilt avsatta rum. Huvudmannen får inte bedriva allmän korttidsvård eller växelvård. Korttidsvården ska vara i syfte att komplettera socialtjänstens utredningsarbete. Av utredningen framgår att tre brukare har korttidsvård, men ingen av dessa bor i huvudbyggnaden och verksamheten har inte heller några särskilt avsatta rum för korttidsvård. Verksamheten har vidare inte något utredningsteam och gör inte heller några utredningar till placerande kommuner vid korttidsvård. Vid genomgång av placerande kommuners beslut framgår att fyra brukare har beslut om korttidsvård.

#### *Verksamhetens kvalitet och bemanning brister*

IVO bedömer att verksamhetens kvalitet brister på flera områden som har direkt påverkan på varandra, att det utgör ett missförhållande för de enskildas möjligheter att få de insatser de har rätt till. Av utredningen framgår att det föreligger en konkret risk dels att viktig information om brukarna inte överförs inom verksamheten, vilket gör att brukarna riskerar att inte få sina behov tillgodosedda, dels att verksamheten är organiserad på ett sådant sätt att personal inte har förutsättningar att bedriva god vård och omsorg då såväl materiella som personella resurser brister och brukarna riskerar att inte få sina behov tillgodosedda. Av utredningen framgår också att boendemiljön är

otillfredsställande och att begränsningsåtgärder förekommer. Vården kan därmed inte anses vara av god kvalitet, vilket är ett krav enligt 3 kap. 3 § SoL.

Personal uppger att det saknas information om varje brukare i form av bakomliggande uppdragsbeskrivningar från placerande kommun, framarbetad genomförandeplan eller på annat sätt information om brukarnas behov, funktionsnedsättning och annan information för att kunna tillgodose brukarnas behov. När en ny brukare placeras på Rosenhill uppger personalen att de i stort sett endast får information om brukarens namn, personnummer och om brukaren har någon missbruksproblematik. Endast hälften av personalen har tillgång till dokumentationssystemet och kan därför varken dokumentera väsentliga händelser till övrig personal eller ta del av viktig information kring brukarnas behov från annan personal. Avsaknaden av relevant information gör även att de inte kan förmedla sådan när det behövs, exempelvis när ambulanspersonal tillkallas.

Utifrån uppgifter från brukare har personalen inte tid att tillgodose brukarnas behov då personalen är svår att komma i kontakt med, är upptagna, stressade och har inte tid att prata. Intervjuad personal uppger att det inte finns tid att prata med varje brukare och det finns inte heller tid att överlämna information personal emellan.

Brukare uppger att kontakten med personal till största delen är av praktisk karaktär, exempelvis när de delar ut medicin. Denna bild bekräftas vid IVO:s observation av verksamheten. Vid måltidssituationen var endast en personal närvarande, placerad i ena hörnet av rummet med en medicinvagn och delade ut medicin till de boende. Någon övrig kvalitativ interaktion mellan varken brukare-personal eller brukare-brukare noterades inte under måltiden. Brukarna fick inte heller någon hjälp med socialt samspel utan åt och tog sin medicin under tystnad och gick sedan därifrån. Någon brukare efterfrågade olika saker från personalen vilket inte tillgodosågs då personalen inte hade tid.

Av den sociala dokumentationen och utifrån intervju med personal framgår att många brukare har stora behov och att det finns flertal risker både dag- och nattetid där personal inte har möjlighet att vara. Det framgår av dokumentationen att personal förmedlat oro över brandrisk med anledning av brukarnas beteende och brist på personal som kan ha uppsikt eller vara tillgängliga för brukarna. Av journalhandlingar kan också utläsas att personal dokumenterat olika händelser som förekommit i form av upprepade sexuella övergrepp och alkoholmissbruk med olika risker och händelser som följd. Vissa brukare kan vara vakna hela natten, vara oroliga, vandra runt och ibland bli aggressiva. Någon utredning kring lex Sarah, avvikelser eller klagomål har emellertid inte gjorts i verksamheten.

Av intervju med personal framgår att nattetid är det en vaken personal som jobbar och någon bemannad jour finns inte att använda om det exempelvis händer något. Brukarna bor i lägenheter/rum belägna i tre olika byggnader

och nattpersonalen utgår från den ena av dessa, huvudbyggnaden. Personal uppger att de förmedlat till Stefan Johansson att det skulle behövas två personal som tjänstgör nattetid för att tillgodose brukarnas behov. Någon ändring har emellertid inte skett.

Flera brukare uppger att de tycker att det är tråkigt på Rosenhill och att de inte kommer ut i den utsträckning som önskas eller får stöd i att delta i några aktiviteter. Någon uppger att de inte varit ute på flera år medan någon uppger att det kan hända att utflykter eller någon aktivitet sker, men att det är mycket sällan. Flera brukare säger att klagomål framförts till Stefan Johansson, men det har inte gett någon effekt.

Av intervju med personal uppges att de vanligtvis inte har tid att göra aktiviteter utanför boendet/utflykter. Utflykter på sommaren kan förekomma men är inte vanligt. Vidare uppges att rullstolar för 6-7 personer har inte varit anpassade för utebruk sedan åtminstone 2015-2016 vilket har medfört att personalen sedan dess inte kunnat gå ut med dessa brukare.

IVO noterade att under större delen av inspektionsdagen då IVO vistades i boendemiljön var personal sällan synlig i de gemensamma ytorna. Brukarna var till största delen hänvisade till sig själva och medboende. IVO observerade inte några aktiviteter eller erbjudande av aktiviteter. IVO fick intrycket att måltidssituationer var den aktivitet som förekom under dagen för många brukare.

Vid inspektionen noterade inspektörerna en kraftig urinlukt i boendemiljön. Intervjuad personal uppgav att det i hela huvudbyggnaden luktar urin och att det inte är något som går bort med hjälp av städning. Att det är en kraftig urinlukt bekräftas även av brukare samt utifrån uppgifter i anmälan från ambulanspersonal.

#### *Otillåtna begränsningsåtgärder*

IVO bedömer att verksamheten tillämpar otillåtna begränsningsåtgärder då ingen åtgärd har föregåtts av samtycke eller riskanalys.

Vid inspektionen framkom att brukarna var förhindrade via ett uppspänt rep att ha fritt tillträde till matsalen när det inte var tid för måltider. I yttrande från huvudmannen anges att dessa begränsningar är av ordningsskäl för att brukare inte ska ställa till oreda där. Det framkom även att det fanns hänglås på kyl och lås för skafferiskåp i matsalen. Begränsningar av tillgång till matvaror anges vara för att stoppa allt svinn när personal inte är på plats. Lås finns också för tre brukares garderober i deras lägenheter. Som en lösning på detta förvaras hans kläder i en annan boendes garderob. Brukaren fick tillgång till sina kläder endast genom att personal hämtade dessa. Stefan Johansson uppger att orsaken till begränsningsåtgärderna är att brukarna byter kläder för ofta och smutsar ner dem. Av utredningen framgår även att brukarna inte har tillgång till sina cigaretter utan får dessa tilldelade till sig

vid givna klockslag. En brukare har ett larm som larmar när hen lämnar byggnaden.

Stefan Johansson uppger vidare att inga begränsningsåtgärder har föregåtts av inhämtande av samtycke.

IVO konstaterar att de inskränkande åtgärder som finns i boendets gemensamma del innebär att samtliga boende drabbas av kollektiva inskränkningar i sin hemmiljö och att lås på kylskåp, skafferiskåp, garderober och utdelning av cigaretter enligt tidlista bidrar till en institutionaliserad boendemiljö som inte är förenligt med god kvalitet i enlighet med 3 kap. 3 § SoL. Insatser enligt socialtjänstlagen bygger på frivillighet, vilket innebär att åtgärder inte kan vidtas mot den enskildes vilja. Socialtjänstens insatser ska enligt 1 kap. 1 § SoL utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet.

Den som bedriver socialtjänst ska enligt 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9 fortlöpande utföra riskanalyser för att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa i verksamheten som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Enligt Stefan Johansson har begränsningsåtgärderna inte föregåtts av någon riskanalys.

#### *Bristande social dokumentation*

IVO bedömer att verksamhetens sociala dokumentation är så bristfällig att den utgör en risk för de enskilda att få sina behov tillgodosedda och erhålla de insatser de har rätt till. Den bristfälliga dokumentationen gör att personal inte kan ge individuellt anpassad omvårdnad eftersom tillgång till nödvändig information om brukarnas behov saknas. Dokumentationen utvisar inte faktiska omständigheter och händelser som är av betydelse, enlighet med 11 kap. 5 § SoL.

Av utredningen framgår att verksamheten saknar uppdragsbeskrivningar för 25 av 26 brukare. När verksamheten tar emot ett nytt uppdrag från en kommun ska verksamheten dokumentera uppgifter som gäller uppdraget, t.ex. den enskildes behov, vad som ingår i uppdraget, vilket eller vilka mål som gäller för insatsen, former för uppföljning osv, enligt 6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamheten som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. Av intervju med personal framkom även att personalen inte får information om brukarnas behov när en ny brukare flyttar in utan personal jobbar "efter eget huvud" och ingen gör likadant. Av dokumentationsgranskningen framgår det vidare att det saknas uppgifter i fyra journaler om när insatsen påbörjas vilket är ett krav enligt 6 kap. 2 § SOSFS 2014:5.

Enligt 6 kap. 3 § SOSFS ska åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp att den enskilde får den beviljade insatsen utförd dokumenteras. Detsamma



gäller för åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp insatsen mot fastställda mål och den planering som gjorts tillsammans med den enskilde. Av det allmänna rådet i 6 kap. 2 § SOSFS bör planeringen av hur en insats ska genomföras göras i en genomförandeplan. I intervju med Stefan Johansson uppges att genomförandeplaner upprättas enbart av Stefan Johansson, men att det inte är något som används av personalen i sitt dagliga arbete. Personal bekräftar att det inte är något som används i det dagliga arbetet. Av dokumentgranskning framgår att 21 av 26 brukare har en genomförandeplan men att de har upprättats 2012-2013 och någon revidering har inte gjorts därefter.

Av utredningen framgår vidare att hälften av personalen inte har tillgång till dokumentationssystemet vilket gör att de varken kan läsa eller dokumentera i social journal. Brist på tillgänglighet till dokumentationssystemet gör att händelser av vikt riskerar att inte dokumenteras av den personal som är bärare av informationen och spårbarheten åsidosätts. Av dokumentgranskning framgår att det saknas fortlöpande dokumentation för 25 av 26 brukare under den granskade perioden (20180301-20190228). För en brukare saknas det social journal helt och hållet. Av innehållet att döma rör journalanteckningarna främst hälso- och sjukvård alternativt händelser som inte är relevanta för uppdraget. Stefan Johansson bekräftar att endast hälften har tillgång till dokumentationssystemet och personal uppges som tidigare redovisats att de inte får fullgod information om brukarna.

Av granskning framkom dessutom att det förekommer ovidkommande uppgifter och integritetskränkande beskrivningar av enskilda, deras funktionsnedsättningar, behov och handlingar, vilket inte är förenligt med 11 kap. 6 § SoL. Av denna bestämmelse framgår att dokumentationen ska vara utformad med respekt för den enskildes integritet.

#### *Ledningssystem saknas*

IVO bedömer att verksamheten inte bedriver ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete i enlighet med 3 kap. 3 § SoL vilket leder till risker för brukarnas möjligheter att få de insatser de har rätt till och som är av god kvalitet. IVO bedömer att Rosenhill saknar ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom socialtjänstens område, vilket ska finnas enligt 3 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

Som påtalats i tidigare avsnitt ansvarar den som bedriver verksamheten för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystem är nödvändigt och ett viktigt instrument för att säkra verksamhetens kvalitet och systematiskt bedriva ett utvecklingsarbete. Att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt för att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete utifrån dessa strukturer. Enligt 3 kap. 2 § SOSFS 2011:9 är syftet med ledningssystemet att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Enligt 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9 ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Vidare av det allmänna rådet i samma bestämmelse framgår att verksamheten bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. IVO begärde vid inspektion en kvalitetsberättelse avseende 2017 och 2018. Någon kvalitetsberättelse finns inte upprättad och kvalitetsarbetet dokumenteras inte heller på något annat sätt.

IVO kan sammantaget konstatera att verksamheten inte bedriver något kvalitetsarbete och att det därför inte finns någon kvalitetsberättelse eller annan dokumentation för verksamhetens kvalitetsberättelse.

Av utredningen framgår att verksamheten har omfattande brister inom flera områden och det tillsammans med att verksamheten saknar ett komplett ledningssystem med framtagna processer och rutiner, samt avsaknad av fungerande egenkontroll gör att allvarligt missförhållande föreligger.

Av tillsynen framgår att verksamheten inte gör riskanalyser i enlighet med 5 kap. 1 § SOSFS2011:9. Utifrån såväl begäran av dokumentation som utifrån dokumentationsgranskning framgår att riskanalyser inte har gjorts under 2018 och 2019. Samtidigt framgår det av intervjuer med personal och av den sociala dokumentation flertalet händelser som IVO bedömer borde renderat i riskanalyser för att identifiera och förebygga risker och negativa konsekvenser för brukarna i verksamheten.

IVO bedömer vidare att verksamheten inte gör egenkontroller i enlighet med 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9. IVO har begärt att få ta del av de två senaste årens egenkontroller. Det IVO har fått ta del av bedöms inte till dess innehåll motsvara verksamheten Rosenhills egenkontroll för de aktuella åren utan konstaterar att verksamheten inte gör egenkontroller och att bristen bl.a. bidrar till att verksamheten inte identifierar att väsentlig information och brister i verksamheten.

IVO bedömer även att verksamheten inte tar emot och utreder klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet i enlighet med 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9. IVO har begärt de synpunkter och klagomål som inkommit under de två senaste åren, vilket inte erhållits. Intervjuad personal uppger att avvikelser inte kan göras då många av personalen saknar inloggning till det digitala system där det ska registreras och blanketten finns inte i pappersform.

IVO kan konstatera att det i social dokumentation finns en rad avvikelser i verksamheten som utgör missförhållanden/risk för missförhållanden som inte rapporterats (brukare avvikit barfota i minusgrader, fall ur rullstol, aggressivt beteende mellan brukare, alkoholrelaterade händelser, brandlarm som inte fungerar, olika incidenter kring brandfara m.m.) men som enligt IVO borde ha rapporterats.

I beslut 2016 vid IVO:s tidigare tillsyn av Rosenhill (dnr 8.5-26600/2015) konstateras att verksamheten inte heller då fått in några klagomål eller synpunkter under en ettårsperiod.

IVO bedömer även att personalen i verksamheten har otillräcklig kännedom om sin rapporteringsskyldighet och att huvudmannen inte har fullgjort sitt ansvar att informera personalen om sin rapporteringsskyldighet enligt 14 kap. 3-4 § SoL. Av utredningen framgår att personalen inte känner till sin rapporteringsskyldighet och vad lex Sarah omfattar då det inte fått någon sådan information. Av utredningen framgår att det inträffat händelser som personalen uppger borde ha rapporterats (t.ex. sexuella övergrepp av medboende). Information om rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah ska ges vid bl.a. anställning och ska sedan därefter ges återkommande enligt 2 kap. 2 § SOSFS 2011:5. Vid intervju med Stefan Johansson framgick att senaste informationen om lex Sarah gavs 2016.

Vid begäran om inkomna lex Sarah-rapporter under år 2018/2019 lämnar föreståndare in fyra lex Sarah-rapporter med ursprungligt datum 2015 men som ändrats till 2018. De inlämnade rapporterna är ursprungligen upprättade den 1-17 september 2015, dvs en till två veckor efter IVO:s senaste tillsyn (1 september 2015), där verksamheten kritiserades för bristande tillämpning av lex Sarah.

### Ytterligare information

Inspektionen som medfört detta föreläggandebeslut med vite har genomförts i ärende med dnr. 8.5-10282/2019. Det ärendet inleddes efter att det inkommit flera anmälningar avseende Rosenhills kvalitet.

I anmälan till IVO (dnr 7.3-1767/2019) från en personal på Rosenhill uppges att verksamhetens föreståndare/verksamhetschef/sjuksköterska/VD har bristande kompetens och att delegeringar och läkemedelshantering i verksamheten inte fungerade.

I anmälan till IVO (dnr 7.3-6853/2019) från ambulanssjukvården i Kronoberg uppges att ambulanspersonal har uppmärksammat bristande läkemedelshantering, bristande omvårdnad samt smutsig och ohygienisk fysisk miljö.


IVO genomförde den 12-13 mars 2019 en oanmäld inspektion. Vid inspektionen intervjuades föreståndare/sjuksköterska/verksamhetschef, 4 personal och 9 brukare. En observation enligt SOFI-metoden (short observational framework for inspection) genomfördes.

IVO har tidigare granskat Rosenhill vid två tillfällen, den 18 november 2013 samt den 1 september 2015. Vid inspektionen 2015 konstaterades brister och tillsynen avslutades efter det att huvudmannen muntligen hade redovisat åtgärder. IVO har vid samtliga inspektioner gett omfattande vägledning till huvudmannen.

---

Beslut i detta ärende har fattats av tf. avdelningschefen Lars Rahm. I den slutliga handläggningen har avdelningsjuristen Sven Lewin och inspektören Lennart Wennberg deltagit. Inspektören Heidi Johannesson har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Lars Rahm



Heidi Johannesson

Bilagor:

1. Hur man överklagar
2. Beslut med diarienummer 8.5-10282/2019

## HUR MAN ÖVERKLAGAR

Om ni vill överklaga detta beslut ska ni skriva till Förvaltningsrätten i Malmö.

### Skrivelsen ska däremot skickas till adressen:

Inspektionen för vård och omsorg  
Box 4106  
203 12 MALMÖ

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sänder överklagandet vidare för prövning till förvaltningsrätten i oförändrat skick efter att skrivelsen rättidsprövats och om IVO inte själv ändrar beslutet på så sätt som ni begärt.

1. Var noga med att ange vilket beslut som överklagas genom att ange **diarienummer (dnr)**.
2. Beskriv **varför** ni anser att beslutet ska ändras och **vilken ändring** ni vill ha.
3. Ert överklagande måste ha kommit in till IVO **inom tre veckor** från den dag ni fick del av beslutet.

Om överklagandet kommer in senare än tre veckor kan det inte tas upp till prövning (rättidsprövning).



## BESLUT

2019-07-04 Dnr 8.5-10282/2019-55

1(21)

Rosenhill Vård och Omsorg AB  
Kyrkogatan 9  
362 98 ÄLMEBODA

## Huvudman/Vårdgivare

Rosenhill Vård och Omsorg AB (org. nr 556269-4793)

## Ärendet

Tillsyn av enskild verksamhet vid Rosenhill i Tingsryd.

## Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har konstaterat följande brister:

- Huvudmannen följer inte gällande tillstånd.
- Kvalitet och bemanning har brister.
- Otillåtna begränsningsåtgärder tillämpas.
- Social dokumentation har brister.
- Huvudmannens ledningssystem har brister.
- Lex Sarah tillämpas inte.
- Vårdgivarens ledningssystem och patientsäkerhetsarbetet har brister.
- Läkemedelshanteringen är inte patientsäker.
- Delegeringsförfarandet har brister.
- Dokumentationen i patientjournalerna har brister.

IVO konstaterar att ovanstående brister är så omfattande och allvarliga att det föreligger såväl missförhållanden inom flera områden som har betydelse för att de boende ska få de insatser de har rätt till enligt socialtjänstlagen (2001:453) SoL, som fara för patientsäkerheten enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL. IVO öppnar ett nytt ärende om föreläggande med dnr. 8.7.1-23860/2019.

Om IVO finner att det vid en tillståndspliktig verksamhet förekommer missförhållanden som har betydelse för enskildas möjligheter att få de insatser de har rätt till, får IVO enligt 13 kap. 8 § SoL förelägga den som svarar för verksamheten att avhjälpa missförhållandet. Om IVO finner att en vårdgivare inte fullgör sina skyldigheter enligt 7 kap. 24 § PSL ska IVO förelägga vårdgivaren att fullgöra dessa.

## Skälen för beslutet

### *Huvudmannen följer inte gällande tillstånd*

IVO bedömer att huvudmannen inte följer sitt tillstånd avseende en rad områden. IVO anser att detta är särskilt anmärkningsvärt då huvudmannen även vid tidigare tillfälle har frångått gällande tillstånd. Enligt 7 kap. 1 § SoL får ett bolag inte yrkesmässigt bedriva verksamhet utan tillstånd av IVO.

### **Platsantalet har överskridits**

IVO bedömer att huvudmannen har tagit emot fler personer än vad tillståndet medger.

Enligt huvudmannens gällande tillstånd, dnr 6.3.2.-11790/2015, är tillåtet platsantal 26. Platsantalet kan uppgå till 28 om verksamheten tar emot två sammanboende par.

Vid inspektionstillfället bodde det 26 personer i verksamheten. Personal uppger att ytterligare en person, som inte var sammanboende par, hade bott i verksamheten fram till dagen innan inspektionen. Föreståndaren uppger en person provbodde tills alldeles nyligen. Personen avbröt insatsen innan avtal om placering tecknades.

Huvudmannen har även tidigare tagit emot fler personer än vad tillståndet medger. Av IVO:s beslut från den 18 april 2016 i ärende 8.5-26600/2015 framgår att det vid inspektionstillfället den 1 september 2015 var 26 platser belagda men under en period sommaren 2015 hade antalet boende varit 29 personer.

### **Målgruppen har frångåtts**

IVO bedömer att huvudmannen har tagit emot personer med missbruksproblematik vilket tillståndet inte medger samt att huvudmannen har tagit emot en person som är yngre än vad tillståndet medger.

Enligt huvudmannens gällande tillstånd är verksamhetens målgrupp äldre personer med behov av särskilt stöd och personer från 45 år med psykiska funktionsnedsättningar. Föreståndaren uppger vid inspektionen att 11 av 26 brukare har en missbruksproblematik. Vid granskning av verksamhetens dokumentation återfinns journalanteckningar som beskriver brukarnas missbruksproblematik och missbruk i boendet. Vid genomgång av placerande kommuners beslut framgår att 13 brukare har en missbruksproblematik. Huvudmannen uppger i yttrande till IVO att missbruksbehandling är en del av verksamhetens arbete. I intervju med föreståndare uppges att personalen saknar kompetens avseende missbruksbehandling och vidare att brukare nekas sociala aktiviteter med anledning av befarad risk att återfalla i aktivt missbruk.

Av social journal från en placerande kommun framgår att en brukare med omfattande missbruksproblematik sagts upp av Rosenhill den 14 mars

2019, dagen efter IVO:s inspektion. Den 21 mars 2019 var hen påtagligt påverkad av alkohol på Rosenhill och uppträdde hotfullt och aggressivt. Föreståndaren körde då brukaren till sjukhus. Under bilfärden drack brukaren ytterligare alkohol. Brukaren blev mer och mer medvetandesänkt och när de kom fram till sjukhuset var hen på väg att bli medvetslös vilket personen därefter också blev. Av kommunens journal framgår vidare att föreståndaren uppger till handläggaren i kommunen att brukaren sannolikt inte överlevt utan sjukhusvård.

Vid intervju med föreståndare och granskning av dokumentation framkom att verksamheten från den 1 augusti 2018 till den 5 januari 2019 har haft en person som var yngre än 45 år placerad. Huvudmannen har även tidigare tagit emot yngre personer än vad tillståndet medger. Av IVO:s beslut från den 18 april 2016 i ärende dnr 8.5-26600/2015 framgår att det fanns en person som var 35 år boende i verksamheten.

#### **Verksamhet bedrivs i lokaler som inte har godkänts**

IVO bedömer att huvudmannen bedriver verksamhet i lokaler på Ekedalsvägen 5 a, e, i och k som inte omfattas av tillståndet.

Enligt huvudmannens gällande tillstånd får sju lägenheter på Ekedalsvägen utnyttjas för boende, lägenhetsnummer 5b-d, f-h och j. Vid inspektionen disponerade huvudmannen tio lägenheter på Ekedalsvägen, lägenhetsnummer 5 a-i och k. Vid inspektionen bodde det brukare i nio av dessa lägenheter. Personal uppger att ytterligare en person bodde på Ekedalsvägen fram tills dagen innan inspektionen.

#### **Korttidsvård bedrivs i annan utsträckning än vad tillståndet medger**

IVO bedömer att huvudmannen har tagit emot fler personer för korttidsvård än vad tillståndet medger, att huvudmannen har frångått tillståndet avseende den fysiska placeringen av korttidsplatserna samt att huvudmannen har frångått tillståndet avseende syftet med korttidsvården.

Huvudmannen får enligt gällande tillstånd använda två platser för hem för viss annan heldygnsvård (korttidsvård). Enligt särskilda villkor för tillståndet får personer som beviljats korttidsvård endast placeras i huvudbyggnaden i särskilt avsatta rum. Huvudmannen får inte bedriva allmän korttidsvård eller växelvård. Korttidsvården ska vara i syfte att komplettera socialtjänstens utredningsarbete.

Föreståndaren uppger att tre brukare får korttidsvård. Ingen av dessa brukare bör i huvudbyggnaden. Verksamheten har inga särskilt avsatta rum för korttidsvård. Verksamheten har inget avancerat utredningsteam vilket anges på verksamhetens hemsida. Några utredningar görs inte och har aldrig gjorts. Vid genomgång av placerande kommuners beslut framgår att fyra brukare har beslut om korttidsvård.



### *Kvalitet och bemanning har brister*

IVO bedömer sammantaget att verksamhetens kvalitet och bemanning har stora brister. Enligt socialtjänstlagen 3 kap. 3 §, SoL, ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Personal uppger att det inte finns tid att prata med och planera för varje person, att personalen inte har tid att prata med varandra och att de utifrån bemanning "springer" hela tiden. Vidare uppges att var och en jobbar olika efter eget huvud då placeringar och uppgiftsbeskrivningar och genomförandeplaner saknas och personalen också i övrigt saknar information kring de boendes behov, funktionsnedsättningar och annan information som är viktig för att kunna tillgodose brukarnas behov. Personal uppger att de vid nya placeringar i stort sett endast får uppgifter om namn, personnummer och om brukarna har ett missbruk. Vidare uppges att hälften av personalen inte kommer in i dokumentationssystemet och varken kan dokumentera väsentliga händelser till övrig personal eller ta del av viktig information kring brukarnas behov från annan personal.

På natten jobbar en vaken nattpersonal. Ingen jour finns. De boendes lägenheter/rum är belägna i tre olika byggnader. Om något händer i annan byggnad måste nattpersonalen lämna huvudbyggnaden. Enligt personal känner sig nattpersonalen otrygga då de i likhet med dagpersonalen saknar information om brukarnas bakgrund, funktionsnedsättningar och behov och t.ex. inte kan förmedla den information som ambulanspersonal efterfrågar. Personalen uppger att de sagt till föreståndaren att de behöver vara två vaken personal på natten men det har inte medfört någon ändring.

Personal uppger vidare att de vanligen inte har tid att göra aktiviteter utanför boendet och att många boende inte kommer ut alls. Rullstolar för 6-7 personer har inte varit anpassade för utebruk sedan åtminstone 2015-2016 vilket har medfört att personalen under den tiden inte kunnat gå ut med dessa brukare. Utflykter på sommaren kan förekomma men är ovanliga.

Flera brukare bekräftar i samtal med IVO att aktiviteter sällan förekommer eller erbjuds och att personalen inte är tillgänglig. En brukare uppger att det är svårt att komma i kontakt med dagpersonalen som alltid är väldigt upptagna och inte har tid för att prata. Brukaren får inte stöd i att delta i några aktiviteter och uppger att hen inte varit ute på "år och dar".

En annan brukare uppger att personalen är underbemannad och har fullt upp hela tiden. Om personal är tillgänglig kan man komma i kontakt med dem men det är inte säkert att det går. Vidare uppges att personalen delar ut medicin och inte mycket mer och att det inte finns utflykter längre. "Efter tio år här betraktar jag mig själv som institutionsskadad. Jag är less och har gett upp. Rosenhill är som en öppen anstalt. Jag kallar det en institution".

**Brukare utsätts för risker**

Många brukare har stora behov och av social journal och personal framgår att det finns ett flertal risker både dag- och nattetid där personal inte är närvarande. Brukare utsätts för upprepade sexuella ofredanden och övergrepp av flera olika brukare. Personal uttrycker vanmakt över att detta kan fortgå utan att föreståndaren agerar och ser till att det upphör. Det framgår att personalen är orolig över brandrisk då en brukare tänder eld på papper på spisplattan i sin lägenhet. Vidare att det finns en stor brandrisk i villan utanför huvudbyggnaden p.g.a. rökning och sängrökning med brännmärken överallt. Det förekommer att brukare experimenterar med el och framkallar brandfara. I en brukares rum saknas direkt brandlarm. Vissa brukare kan vara vakna hela natten, vara oroliga, vandra runt och ibland bli aggressiva. Fallrisker är vanligt förekommande. Någon har epilepsi. Alkoholmissbruk med olika risker och händelser som följd förekommer. För en brukare har inte personalen nyckel till lägenheten så om dörren är låst har inte personalen möjlighet att hjälpa hen om det händer något.

**Verksamheten tillämpar otillåtna begränsningsåtgärder**

IVO bedömer att verksamheten tillämpar otillåtna begränsningsåtgärder då ingen åtgärd har föregåtts av samtycke och inte heller riskanalys har upprättats.

Insatser enligt socialtjänstlagen bygger på frivillighet vilket innebär att åtgärder inte kan vidtas mot den enskildes vilja. Socialtjänstens insatser ska enligt 1 kap. 1 § SoL utgå från respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.

Den som bedriver socialtjänst ska enligt 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete fortlöpande utföra riskanalyser för att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa i verksamheten som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

I anslutning till en lång korridor med boenderum finns en öppen yta med matsal där flertalet brukare äter sina måltider och har gemensam fika. Vid matsalen finns ett rep uppspant mellan matsal och korridor. Enligt yttrande till IVO från huvudmannen är det en ordningsfråga då många brukare går in i matsalen och gör total oreda i matsalen för de andra. På kylskåpet finns det ett låst hänglås och det är även låst på de två skafferiskåpen. Enligt yttrande till IVO från huvudmannen för att stoppa allt svinn när personal inte fanns på plats.

Lås finns också för tre brukares garderober i deras lägenheter. En brukares garderobsdörr är trasig. Som en lösning på detta förvaras hans kläder i en annan boendes garderob som får tillgång till sina kläder endast genom att personal hämtar dessa. Föreståndaren uppger att orsaken till begränsningsåtgärderna är att brukarna byter kläder för ofta och smutsar ner dem. En brukare har ett larm som larmar när brukaren lämnar byggnaden. Personal uppger att brukarnas cigaretter är inlåsta och delas ut enligt särskild tidlista

en gång per timme. Föreståndaren uppger att inga begränsningsåtgärder har föregåtts av inhämtande av samtycke och att inga riskanalyser har upprättats.

IVO konstaterar att de inskränkande åtgärder som finns i boendets gemensamma del innebär att samtliga boende drabbas av kollektiva inskränkningar i sin hemmiljö och att lås på kylskåp, skafferiskåp, garderober och utdelning av cigaretter enligt tidlista bidrar till en institutionaliserad boendemiljö.

#### **IVO:s observationer i boendemiljön**

IVO genomförde en 30 minuters gruppobservation vid måltidsituation enligt SOFI-metoden (Short Observational Framework for Inspection). I matsalen med plats för 12 personer fanns endast en personal som stod i ena hörnet av rummet vid en medicinvagn och delade ut medicin till de boende. Personalen hade under större delen av måltiden inte tid att relatera till eller prata med brukarna i matsalen. Flertalet brukare som åt relaterade inte heller till varandra eller fick hjälp av personal med socialt samspel utan åt och tog sin medicin under tystnad och gick sen ifrån matsalen. Några brukare kom i korridoren och frågade om olika saker vilket personalen inte hade tid att tillgodose. Måltidens huvudfokus var endast matintag och mediciner.

IVO vistades också i boendemiljön under större delen av den första inspektionsdagen och samtalande då med flera brukare. Personal var sällan synlig i de gemensamma ytorna. De boende var till stora delar hänvisade till sig själva och medboende. IVO observerade inte några aktiviteter eller erbjudande om aktiviteter. IVO fick intrycket av att måltider och fika var de aktiviteter som förekom under dagen för många brukare. Frånvaro av personalstöd till brukarna i verksamheten bekräftas också i personal- och brukarintervjuer.

På nedervåningen i huvudbyggnaden fanns en kraftig urinlukt. Intervjuad personal uppgav att det luktar urin i hela huvudbyggnaden och att det inte går att få bort lukten med städning. En brukare uppgav att boendemiljön är undermålig och att det luktar urin i huvudbyggnaden, även där brukarna sitter och äter.

IVO kan konstatera att boendemiljön tillsammans med otillåtna begränsningsåtgärder, låg bemanning och få möjligheter till aktiviteter och individuellt utformat stöd sammantaget innebär en institutionslik boendemiljö. Detta är inte i enlighet med 5 kap. 7 § SoL då personer med funktionshinder ska få möjlighet att delta i samhällets gemenskap, leva som andra och få bo på ett sätt som är anpassat efter hens behov av särskilt stöd.

### *Social dokumentation har brister*

IVO gör den sammantagna bedömningen att huvudmannens sociala dokumentation under genomförandet av insatserna har stora brister och att den inte utvisar faktiska omständigheter och händelser av betydelse vilket är ett krav enligt 11 kap. 5 § SoL. IVO bedömer att brukarna riskerar att inte få sina behov tillgodosedda då personal inte kan ge individuellt anpassad omvårdnad när de saknar tillgång till nödvändig information om brukarnas behov.

### **Insatsen dokumenteras inte fortlöpande och utan oskäligt dröjsmål**

IVO bedömer att huvudmannen inte dokumenterar fortlöpande och utan oskäligt dröjsmål. Enligt 4 kap. 9 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS ska åtgärder som vidtas vid genomförande av en insats fortlöpande och utan oskäligt dröjsmål dokumenteras i journalen. Detsamma gäller faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Vid granskning av journaler framkom att det saknas fortlöpande dokumentation för 25 av 26 brukare. En av dessa 25 brukare saknar helt journal. 21 brukare har mindre än 10 journalanteckningar under den granskade perioden avseende ett år. De anteckningar som finns berör ofta hälso- och sjukvård alternativt händelser som inte är relevanta för genomförandet av insatsen.

Personal uppger att cirka hälften av personalen inte kommer in i verksamhetens dokumentationssystem Safedoc. Föreståndaren bekräftar att cirka hälften av personalen saknar inloggning till Safedoc och därför varken kan läsa eller dokumentera i social journal. Vid granskning av sociala journaler upprättade under perioden 2018-03-01 – 2019-02-28 för samtliga 26 brukare framkom att hälften, dvs. 8 av 16 personal har gjort någon anteckning i någon social journal under det granskade året. De flesta personer som har dokumenterat har endast gjort få anteckningar under det granskade året. Tre personer har gjort 1-10 anteckningar, tre personer har gjort 10-20 anteckningar och två personer har gjort mer än 20 anteckningar.

### **Dokumentation som beskriver uppdraget saknas**

IVO bedömer att huvudmannen saknar dokumentation som beskriver uppdraget. Enligt 6 kap. 1 § SOSFS 2014:5 ska utföraren när den har tagit emot ett uppdrag från en beslutande kommun dokumentera uppgifter som gäller uppdraget, t.ex. den enskildes behov, vad som ingår i uppdraget, vilket eller vilka mål som gäller för insatsen, former för uppföljning osv.

IVO begärde i samband med inspektionen uppdragsbeskrivningar avseende samtliga brukare. Verksamheten överlämnade endast en uppdragsbeskrivning. Personal uppger att de inte får information om brukarnas behov när de flyttar in. Personal jobbar ”efter eget huvud” och ingen gör likadant.

**Dokumentationen om när insatsen påbörjades saknas**

IVO bedömer att det av huvudmannens dokumentation inte framgår när insatsen påbörjats. Enligt 6 kap. 2 § SOSFS 2014:5 ska det av dokumentationen framgå när insatsen påbörjas.

Av brukarförteckning ifylld av föreståndaren i samband med inspektionen framgår att fyra brukare flyttade in i verksamheten under den granskade perioden. Vid granskning av sociala journaler framkom att datum för inflyttning inte framgår i någon av dessa brukares journaler.

**Dokumentationen om hur insatsen har följts upp saknas**

IVO bedömer att det av huvudmannens dokumentation inte framgår hur den enskildes insats har följts upp. Enligt 6 kap. 4 § SOSFS 2014:5 ska åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp att den enskilde får den beviljade insatsen utförd dokumenteras. Detsamma gäller åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp insatsen mot fastställda mål och den planering som har gjorts tillsammans med den enskilde.

Vid granskning av journaler framkom att det saknas dokumentation avseende uppföljningar av beviljad insats samt uppföljningar av enskilda mål för samtliga 26 brukare. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör planering av hur en insats ska genomföras göras i en genomförandeplan (6 kap. 2 § SOSFS 2014:5). Personal uppger att de inte känner till om det finns några genomförandeplaner och aldrig har varit med och upprättat några planer. Föreståndaren uppger att han ensam har upprättat de flesta genomförandeplaner och att personalen inte använder dessa i sitt dagliga arbete.

Vid granskning av verksamhetens genomförandeplaner framkom att 21 av 26 brukare har en plan men ungefär hälften av dessa har upprättats under år 2012-2013 och ingen plan har därefter följts upp. Uppgifter om vem som har upprättat planerna samt övriga deltagare, såsom personal eller brukare saknas generellt. Inga planer är undertecknade av den berörde brukaren.

**Dokumentationen är inte utformad med respekt för den enskildes integritet**

IVO bedömer att huvudmannens dokumentation inte är utformad med respekt för den enskildes integritet i enlighet med 11 kap. 6 § SoL.

Vid granskning av journaler framkom att det förekommer kränkande beskrivningar av enskilda, deras funktionsnedsättningar, behov och handlingar t.ex. *"X har gjort ett stort A med avföring idag."* *"X berättar att (medboende) vill ha sex med honom. X är ledsen och gråter och säger att han inte är bög."*

**Huvudmannens ledningssystem har brister**

IVO bedömer sammantaget att verksamheten inte bedriver något systematiskt kvalitetsarbete inom socialtjänstens område.

Av 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) framgår att den som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Av 4 kap.2 och 4 § § framgår vidare att den som bedriver socialtjänst ska identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. IVO begärde i samband med aktuell inspektion kopior gällande ett flertal relevanta processer och rutiner i verksamheten. Rutin för riskanalys, egenkontroll, klagomål och synpunkter, lex Sarah samt för 2018-2019 de synpunkter och klagomål/lex Sarah-rapporter som inrapporterats, genomförda riskanalyser och egenkontroller samt kvalitetsberättelse för 2017 och 2018. Flertalet rutiner saknades helt eller var bristfälliga. Kvalitetsberättelse saknades. IVO kan konstatera att inga riskanalyser eller rapporter om avvikelser/lex Sarah har gjorts i verksamheten. En egenkontroll om genomförandeplaner överlämnades men den har ingen överensstämmelse med IVO:s granskning av dokumentationen.

#### **Riskanalyser görs inte**

IVO bedömer att riskanalyser inte görs i verksamheten. Av 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9 ska 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 den som bedriver socialtjänst uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

IVO begärde vid inspektionen de riskanalyser som upprättats under 2018 och 2019. Inga riskanalyser har gjorts under 2018 och 2019. Av den sociala dokumentationen framgår t.ex. att brukare utsätts för sexuella övergrepp, att flera brukare är utsatta för brandrisk, att brukare utsätts för utmanande beteende av andra brukare, fall och fallrisker, att brukare avvikit barfota i minusgrader. Dessa händelser eller andra former av risker har inte medfört att verksamheten upprättat några riskanalyser för att identifiera och förebygga risker och negativa konsekvenser för brukarna i verksamheten.

#### **Egenkontroll utövas inte**

IVO bedömer att verksamheten inte utövar egenkontroll. Av 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver socialtjänst ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Enligt allmänna råd kan egenkontroll bl.a. innefatta granskning av journaler, akter och annan dokumentation, undersökning om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet, målgruppsundersökningar, inhämtande av synpunkter från revisorer och andra intressenter, jämförelser med resultat från andra verksamheter och från den egna verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat.

IVO begärde vid inspektionen de egenkontroller som genomförts under 2018 och 2019. IVO mottog vid inspektionen en rutin för egenkontroll av genomförandeplan daterad 2016-04-06. I rutinen finns en kort dokumentation om att en uppföljning av genomförandeplaner har genomförts 2018-11-27.

De uppgifter som framgår i egengranskningen avseende innehållet i genomförandeplaner stämmer dock inte med IVO:s granskning av genomförandeplanerna. Enligt egenkontrollen ska t.ex. 18 brukare eller deras företrädare ha deltagit vid upprättandet av genomförandeplanerna. 20 kontaktmän i personalen ska ha undertecknat planerna. Av IVO:s granskning framgår att de flesta planer har upprättats av föreståndaren själv, att de inte används i verksamheten och att personalen inte känner till planerna. Ungefär hälften av planerna har upprättats under år 2012-2013. Uppgifter om vem som har upprättat planerna samt övriga deltagare, såsom personal eller brukare saknas generellt. Inga planer är undertecknade av den berörde brukaren.

#### **Arbete med klagomål och synpunkter bedrivs inte**

IVO bedömer att verksamheten inte bedriver något arbete med klagomål och synpunkter. Av 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från bl.a. vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare och de som bedriver socialtjänst.

IVO begärde vid inspektionen rutin för klagomål och synpunkter. Rutin daterad 2016-04-06 lämnades till IVO vid inspektionen. IVO begärde också de klagomål och synpunkter som inkommit under 2018 och 2019. Ingen synpunkt eller klagomål har tagits emot under 2018 och 2019. Intervjuad personal uppger till IVO att avvikelser inte kan göras då det ska ske digitalt och många personal inte har inloggning till datasystemet. Blanketter finns inte i pappersform.

I beslut 2016 vid IVO:s tidigare tillsyn av Rosenhill (diarienummer 8.5-26600/2015) konstateras att verksamheten inte heller då fått in några klagomål eller synpunkter under en ettårsperiod.

IVO kan konstatera att det i social dokumentation finns en rad avvikelser i verksamheten som inte rapporterats som varken synpunkter och klagomål eller lex Sarah som t.ex. brukare som avvikit barfota i minusgrader, fall ur rullstol, fall bakåt ur tippande rullstol, brukare med aggressivt beteende, alkoholrelaterade händelser, brandlarm som inte fungerar, olika incidenter kring brandfara.

#### **Systematiskt kvalitetsarbete dokumenteras inte**

IVO bedömer att systematiskt kvalitetsarbete inte dokumenteras. Av 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9 ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Vidare framgår

av allmänt råd att verksamheten varje år bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse med dokumentationen som utgångspunkt.

IVO begärde vid inspektionen en kvalitetsberättelse avseende 2017 och 2018. Någon kvalitetsberättelse för perioderna finns inte upprättad. IVO kan sammantaget konstatera att verksamheten inte bedriver något kvalitetsarbete och att det därför inte finns någon kvalitetsberättelse eller annan dokumentation för verksamhetens kvalitetsarbete.

#### *Lex Sarah tillämpas inte*

Syftet med lex Sarah är ytterst att skydda brukare för att utsättas för missförhållanden och risker för missförhållanden. På Rosenhill har brukare utsatts t.ex. för sexuella ofredanden/övergrepp och risk att brinna inne utan att någon har rapporterat detta. IVO gör den sammantagna bedömningen att huvudmannen inte tillämpar den lagstiftning som reglerar lex Sarah. IVO anser att detta är särskilt anmärkningsvärt då IVO även vid tidigare tillsyn 2015 har konstaterat brister inom området.

#### **Verksamhetens rutin för lex Sarah är otillräcklig**

IVO bedömer att verksamhetens rutin för lex Sarah är otillräcklig. Vid granskning av verksamhetens rutin för lex Sarah framgick att rutinen endast omfattar hur en anmälan av ett allvarligt missförhållande/påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska göras till IVO enligt 14 kap. 7 § SoL. Verksamhetens rutin ger inget stöd till personal i hur de ska kunna rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden.

#### **Personalen har otillräcklig kännedom om sin rapporteringsskyldighet**

IVO bedömer att personalen i verksamheten har otillräcklig kännedom om sin rapporteringsskyldighet. Enligt 14 kap. 3 § SoL ska den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande. Vid intervju med personal framgick att de inte känner till att de har en rapporteringsskyldighet och vad lex Sarah omfattar. Personalen har aldrig fått någon information om att de har en rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah. Personalen uppger att det har inträffat händelser som troligtvis skulle ha rapporterats. Det finns bl.a. flera brukare som har utsatts för sexuella övergrepp av medboende.

IVO bedömer att huvudmannen inte har fullgjort sitt ansvar att informera personalen om deras rapporteringsskyldighet. Enligt 14 kap. 4 § SoL ska huvudmannen informera den som fullgör uppgifter i verksamheten om de skyldigheter som han eller hon har. Som följer av 2 kap. 2 § SOSFS 2011:5 ska information om skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden ges till den som omfattas av skyldigheten när han eller hon påbörjar en anställning, ett uppdrag, en praktikperiod eller liknande. Informationen ska därefter ges återkommande. Enligt allmänt råd bör informationen ges både muntligt och skriftligt minst en gång per år. Vid intervju med föreståndare framgick att den senaste informationen om lex Sarah gavs 2016.



Vid begäran av inkomna lex Sarah-rapporter under år 2018/2019 lämnar föreståndaren in fyra lex Sarah-rapporter med ursprungligt datum 2015 som har ändrats till 2018. De inlämnade rapporterna är ursprungligen upprättade den 1-17 september 2015, dvs en till två veckor efter IVO:s tillsyn den 1 september 2015 där verksamheten kritiserades för bristande tillämpning av lex Sarah.

Av brukarnas sociala journaler framgår ett flertal incidenter som utgör missförhållanden/risker för missförhållanden som t.ex. att brukare utsätts för sexuella ofredanden/övergrepp och stor brandrisk.

### Granskning av hälso- och sjukvården

IVO:s fokus vid granskning av hälso- och sjukvården på Rosenhill var ledningssystem, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, delegeringsförfarande samt dokumentation av uppgifter i patientjournalen.

Vårdgivaren ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser upp till läkarnivå och har en legitimerad sjuksköterska Stefan Johansson (SJ) som tjänstgör heltid och har beredskap kväll, helg och natt. Utöver detta är SJ verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) på Rosenhill. SJ är tillika föreståndare samt ordinarie ledamot, styrelseordförande för Rosenhill Vård & Omsorg AB.

Till verksamheten kommer specialistläkare från psykiatrin och följer upp vissa av patienterna två gånger om året. Vid behov av läkare, allmänspecialist, bokas tid vid vårdcentralen i Tingsryd. En sjuksköterska från psykosmottagningen i Växjö ansvarar för injektionsgivning i verksamheten för några av patienterna.

*Vårdgivarens ledningssystem och patientsäkerhetsarbete har brister*  
IVO bedömer att tillsynen sammantaget har påvisat brister på den organisatoriska nivån, genom ett icke tillfredsställande ledningssystem, bristande patientsäkerhetsarbete och bristande egenkontroll. IVO anser i aktuellt ärende, att det inte är lämpligt att en person ensam uppbär ansvar för flera funktioner och att detta medför negativa konsekvenser bl.a. för patientsäkerhetsarbetet och den patientnära omvårdnaden. Vid intervju uppger SJ att han tjänstgör heltid som sjuksköterska på Rosenhill och har beredskap som sjuksköterska på obekvämtid utöver sina ledningsuppdrag. IVO menar att vårdgivaren inte har skapat förutsättningar för att bedriva en god hälso- och sjukvård och ett systematiskt patientsäkerhetsarbete på Rosenhill. Vidare konstaterar IVO att läkemedelshantering, delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården samt dokumentation i patientjournalerna omfattar sådana brister att de utgör patientsäkerhetsrisker. Enligt IVO finns det skäl att anta att fara för patientsäkerheten föreligger, vilket kan komma att innebära vårdskador i form av lidande samt psykisk och fysisk skada.

IVO konstaterar att vårdgivaren inte uppfyller 3 kap. 1 § PSL där det framgår att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) HSL upprätthålls. Enligt 5 kap. 4 § HSL ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

### **Ledningssystemet**

IVO bedömer att vårdgivaren i stort sett saknar ett ledningssystem för att utveckla och säkra kvaliteten för hälso- och sjukvården på Rosenhill. Relevanta processer och rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten saknas. IVO begärde i samband med en inspektion kopior gällande ett flertal relevanta processer och rutiner i verksamheten. Bland annat rutin för samverkan inom den egna verksamheten, rutin för personalen att rapportera risker och negativa händelser, rutin för läkemedelshantering, rutin för delegering, rutin för dokumentation i patientjournalen, sammanställning och analys avvikelser inom hälso- och sjukvård samt egenkontroller genomförda 2018/2019. Vissa begärda handlingar överlämnades vid inspektionen, vissa inkom till IVO i efterhand och vissa har inte kommit IVO tillhanda. Av de handlingar som IVO tagit del av var ett flertal inaktuella och/eller utgick från en kommun och/eller inte anpassade till verksamheten.

För den som bedriver en verksamhet ger SOSFS 2011:9 verktyget, ledningssystemet, som denne ska använda för att uppnå kvalitet. Ledningssystemet ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamhetens samtliga delar. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

### **Patientsäkerhetsarbetet**

IVO bedömer att det finns betydande brister i det systematiska patientsäkerhetsarbetet vid Rosenhill. IVO anser att brister i läkemedels- hantering, delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården samt dokumentation i patientjournalerna tillsammans med innehåll i patientsäkerhetsberättelser och bristen på ledningssystem påvisar frånvaro av ett tillfredställande systematiskt patientsäkerhetsarbete. Därutöver saknas rutiner för vad som gäller vid negativa händelser och hur personalen fullgör skyldigheten att rapportera såväl risker för vårdskador som händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

IVO konstaterar att vårdgivaren inte uppfyller 3 kap. PSL där det bland annat framgår att vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren dokumenterar inte patientsäkerhets- arbetet i verksamheten i enlighet med 3 kap. 9-10 §§ PSL samt 7 kap. 2-3 §§ SOSFS 2011:9.

IVO begärde kopia av patientsäkerhetsberättelser för år 2017 och år 2018. SJ överlämnade i samband med inspektionen en patientsäkerhetsberättelse gällande år 2018 daterad 1919-02-01. I patientsäkerhetsberättelsen för år

2018 redogör vårdgivaren kort för antalet avvikelser under år 2016, redogör för kontroll av ett antal patientjournaler i en kommuns hälso- och sjukvård samt journalgranskning som ska utföras år 2014 och år 2016. Vidare hänvisar vårdgivaren till inaktuella föreskrifter. Det saknas information om patientsäkerhetsarbete av betydelse, uppgifter om relevanta åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som har uppnåtts. Drygt en vecka senare inkom SJ till IVO med patientsäkerhetsberättelser gällande år 2017 och år 2018. Innehållet i patientsäkerhetsberättelsen för år 2017 är i huvudsak detsamma som i den som SJ överlämnade i samband med inspektionen, förutom att uppgifter om avvikelser avser år 2017 samt att uppgifter om journalgranskning inte finns med. Innehållet i den andra versionen av patientsäkerhetsberättelsen för år 2018 är i stort sett samma som i patientsäkerhetsberättelsen för år 2017, utöver årtal och antal avvikelser.

Ingen av patientsäkerhetsberättelserna uppfyller vårdgivarens dokumentationsskyldighet i 3 kap. 9-10 §§ PSL och 7 kap. 2-3 §§ SOSFS 2011:9.

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten (3 kap 9-10 §§ PSL). Enligt 7 kap. 2 och 3 §§ SOSFS 2011:9 ska patientsäkerhetsberättelsen, utöver vad som framgår av PSL, innehålla uppgifter om hur patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats, hur samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada, hur risker för vårdskador har hanterats, hur rapporter har hanterats och hur inkomna klagomål och synpunkter som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats. Av patientsäkerhetsberättelsen ska det vidare framgå hur många händelser som har utretts under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

#### *Läkemedelshanteringen är inte patientsäker*

IVO finner att det föreligger ett flertal patientsäkerhetsrisker vid hantering av läkemedel på Rosenhill. IVO konstaterar att patienter riskerar att få fel läkemedel, inte få ordinerade läkemedel eller få felaktig dos av ordinerat läkemedel. IVO bedömer att de krav som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården inte är uppfyllda. IVO anser att verksamheten brister genom att SJ, i egenskap av verksamhetschef, MAS och sjuksköterska på Rosenhill brister i sitt ansvar gällande läkemedelshanteringen.

Vid inspektionen fann IVO brister i förvaring, iordningställande och överlämnandet av läkemedel.

### **Förvaring**

Det var allmän oordning samt ohygieniskt i läkemedelsrummet och i läkemedelsskåpet. Patienternas läkemedel förvarades delvis åtskilda på hyllor, markerat med handskrivna tejprensor med förnamn och för vissa patienter för- och efternamn. Olika patienters läkemedel förvarades även blandat. I läkemedelsskåpet fanns ett flertal läkemedel med passerat utgångsdatum och läkemedel som inte förvarades enligt tillverkarens anvisning, t.ex. i kyl.

### **Iordningsställande och överlämnande av läkemedel**

Det framkom att vid iordningsställande av läkemedel i dosetter sker kontroll mot doskortet på dosettens baksida och inte mot läkemedelslista. I anslutning till de två matsalarna förvarades flera patienters dosrullar, dosetter samt muggar med vid behovs läkemedel i samma skåp. Dosetter och muggar var bristfälligt märkta med personuppgifter och innehåll. Vid överlämnande av läkemedel gjordes ingen kontroll mot läkemedelslista. Ovanstående är enligt IVO:s bedömning inte förenligt med säker hantering i enlighet med 8 kap. 4, 7, 10 §§ HSLF-FS 2017:37.

Av underlaget framkom att 25 av 26 patienter hade pågående läkemedelsbehandling. För fem patienter saknades läkemedelslista. För 17 patienter finns dosrecept med versioner daterade från 2016 -07-05 till 2019-03-04. Tre patienter har läkemedelslistor från olika vårdcentraler daterade under 2019.

Vid granskning av patientjournalerna konstaterar IVO att sjuksköterskan SJ under 2018 administrerat fel läkemedelsdoser i injektionsform till en patient, detta utifrån en ordination på ett dosrecept från 2016. I en nyare version av patientens dosrecept framkommer en annan ordination med en lägre dos av läkemedlet. Av den medicinska journalen framgår att läkaren hade en plan med successiv nedtrappning av läkemedelsdosen med målet att helt avsluta behandlingen.

### **Extern kvalitetsgranskning**

IVO begärde kopia av protokoll från de två senaste externa kvalitetsgranskningarna. I verksamheten gjordes år 2015 en extern kvalitetsgranskning angående läkemedelshantering av Apoteket AB. En åtgärdsplan upprättades med förbättringsåtgärder. IVO kan konstatera att samma brister som noterades 2015 kvarstod vid inspektionen 2019. Protokoll efter senare extern kvalitetsgranskning har inte kommit in till IVO.

Vårdgivaren ska i sitt ledningssystem fastställa rutiner för hantering av läkemedel i verksamheten samt säkerställa att hanteringen regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning (4 kap 2, 3 §§ HSLF-FS 2017:37).

Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80] HSF). En MAS har ansvar för att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedels- hantering (4 kap. 6 § HSF). En leg. sjuksköterska ska bland annat ge patienten en omsorgsfull hälso- och sjukvård och bär inom ramen för sin yrkesutövning själv ansvaret för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter (6 kap. 1-2 §§ PSL).

#### *Delegeringsförfarandet har brister*

IVO finner flera patientsäkerhetsrisker gällande delegeringsförfarandet. Det saknas tillräcklig introduktion, utbildning och uppföljning av delegerade arbetsuppgifter som omsorgspersonalen ska ansvara för. Enligt IVO:s bedömning är detta inte i enlighet med 6 kap. 3 § PSL. IVO konstaterar sammantaget att verksamheten brister genom att SJ, i egenskap av verksamhetschef, MAS och sjuksköterska på Rosenhill brister i ansvar gällande beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter.

Av 6 kap. 3 § PSL framgår att hälso- och sjukvårdspersonal endast får delegera en arbetsuppgift till en annan när det är förenligt med en god och säker vård av patienten. Den som delegerar en arbetsuppgift till en annan ansvarar för att han eller hon har förutsättningar att fullgöra arbetsuppgiften. Enligt 9 kap. 4 § HSLF-FS 2017:37 ska den som genom delegering får i uppgift att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel ha dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen. IVO bedömer även att delegeringsförfarandet inte uppfyller de krav som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

IVO menar att behovet och lämpligheten av delegering i det enskilda fallet alltid kräver en professionell bedömning då ett delegeringsförfarande förutsätter att personalen har kunskaper, färdigheter och erfarenhet. I verksamheten saknas instruktioner/rutiner för vilken kunskap och kompetens som krävs för att ta emot en delegerad arbetsuppgift. Vidare framkommer inte omsorgspersonalens ansvar att inom ramen för sin kompetens uppmärksamma förändringar i patientens hälsotillstånd, hur detta ska dokumenteras och när sjuksköterskan ska kontaktas.

IVO begärde att få kopia av verksamhetens rutiner för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. IVO har inte fått någon kopia. IVO konstaterar att det saknas delegeringsbeslut och de beslut som finns är inte fullständiga. Aktuella delegeringsbeslut för de två undersköterskor som iordningställer dosetter saknas.

Vid intervjuerna framkom att i princip samtlig personal har delegering för läkemedelshantering och uppgifter om att delegeringsförfarandet inte följde aktuellt regelverk. SJ medger att arbetssättet vid delegering av en

hälso- och sjukvårdsuppgift inte sker i enlighet med gällande föreskrift d.v.s. det saknas utbildning, kontroll samt uppföljning av att delegeringsmottagaren har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Intervjuad omsorgspersonal bekräftar att SJ delegerar t.ex. läkemedelshantering till ny personal utan att de har fått utbildning. Den intervjuade personalen beskriver att när ny personal frågar om hanteringen vid t.ex. överlämnande av läkemedel, så hänvisas de till SJ. De resonerar att det är SJ:s som ansvarar för att det finns förutsättningar för att utföra arbetsuppgiften. Vid omprövning av delegering lämnar SJ ut ett delegeringsbeslut som ska undertecknas, men det saknas annan uppföljning.

Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1 § HSF). Av 6 § HSF framgår att en MAS bland annat ska ansvara för att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten. En leg. sjuksköterska ska bland annat ge patienten en omsorgsfull hälso- och sjukvård och bär inom ramen för sin yrkesutövning själv ansvaret för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter (6 kap. 1-2 §§ PSL).

#### *Dokumentationen i patientjournalerna har brister*

IVO bedömer att dokumentationen inte uppfyller kraven i 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355), PDL. Av 3 kap. 2 § samma lag framgår att syftet med att föra patientjournal i första hand är att bidra till en god och säker vård av patienten.

IVO begärde, men har inte fått någon rutin för dokumentation i patientjournal. Enligt patientsäkerhetsberättelsen 2018 har MAS ”genomfört journalkontroller på var tionde”. Meningen är ofullständig och det framgår inget resultat av granskningen och identifierade förbättringar. IVO ser patientsäkerhetsrisker med att patienternas vård inte går att följa i omvårdnadsjournalerna som förts av sjuksköterskan SJ. IVO anser att när patientens vård inte kan följas i dokumentationen kan inte heller informationsöverföring säkerställas mellan olika yrkeskategorier inom verksamheten, inte heller vid samverkan med andra vårdgivare när patientens behov kräver detta. Väsentliga uppgifter och planerade åtgärder och patientens delaktighet i målformuleringen finns inte tillgängliga. Därutöver finns det inga förutsättningar för att arbeta systematiskt med uppföljning av resultat och utvärdering på individnivå utan enhetliga beskrivningar av mål och vårdbehov.

IVO granskade 26 omvårdnadsjournaler för perioden mars 2018-mars 2019. För 12 av patienterna har medicinska journaler förts av läkare vid hembesök. Av uppgifter i den medicinska journalen om patienternas diagnoser och pågående läkemedelsbehandling framkommer att patienterna har behov av somatisk och psykiatrisk omvårdnad. I tre omvårdnadsjournaler saknas helt anteckningar, i tre journaler finns en anteckning och i tre journaler framgår två anteckningar under den granskade tidsperioden. I samtliga omvårdnadsjournaler saknas vårdplaner med identifierade behov,

planering, vårdens mål, genomförda åtgärder och resultat. I omvårdnadsjournalerna framkommer främst uppgifter om att injektionsgivning är utförd enligt ordination. I några patientjournaler framkom utförd sårvård. Det finns exempel där patienten har vårdats i slutna vård (somatisk och/eller psykiatrisk) där det saknas uppgifter om planering och resultatet av vården. Vidare ses noteringar om att patienten har besökt t.ex. vårdcentral, psykiatrisk vård eller tandvård men det saknas uppgifter så att besöken sätts i ett sammanhang där vården kan följas. I vissa fall förekommer uppgifter om patienternas hälsotillstånd i den sociala journalen.

IVO kan konstatera att i en avvikelse april 2018 från akutmottagningen på sjukhuset ställd till Rosenhill konstateras att patienten, en demenssjuk patient med störning i hjärnans cirkulation (CVI), epilepsi, och skalltrauma kom till akutmottagningen med andningsbesvär utan informationsblad. Det saknades således information om patientens status, förmåga till kommunikation och sväljförmåga vilket var väsentligt då patienten även hade en stomi. SJ besvarar avvikelsen januari 2019 med att ett informationsblad alltid ska medfölja patienter vid besök till sjukhuset. Vid intervju med omsorgspersonalen framkom att det saknades aktuella läkemedelslistor som kunde skickas med när patienten behövde söka sjukvård. Det framkom även att när personalen kontaktade SJ på obekvämtid så hänvisades oftast till ambulanssjukvården utan att SJ själv hade bedömt patienten.

Enligt 3 kap. 6 § PDL ska en patientjournal bl.a. innehålla väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om ställd diagnos och anledning till mer betydande åtgärder och väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.

### Underlag

- Tillståndsbevis och tillståndsbeslut, 6.3.2-11790/2015
- Anmälan till IVO, 7.3-6853/2019
- Anmälan till IVO, 7.3-1767/2019
- Beslut tidigare tillsyn Rosenhill, 8.5-26600/2015
- Beslut Grännaforsa gruppboende, 8.5-41667/2013
- Beslut Furuvägens gruppboende, 8.5-7745/2014.
- Inspektionsprotokoll inklusive bilagor, 8.5-10282/2019-4
  - Protokoll intervju personal socialtjänst
  - Protokoll intervju omsorgspersonal
  - Protokoll intervju föreståndare
  - Protokoll intervju sjuksköterska
  - Tjänsteanteckning samtal med brukare
  - Tjänsteanteckning läkemedelshantering
  - Fotografi bilder (bildfiler)

- Komplettering patientsäkerhetsberättelse, 8.5-10282/2019-7
- Förteckning brukare upprättad av IVO, 8.5-10282/2019-8
- Mottagna handlingar vid inspektion, 8.5-10282/2019-10
  - Morgon, eftermiddags och kvällsrutiner
  - Förteckning personal och brukare
  - Förteckning brukare
  - Rutin lex Sarah inklusive blankett för rapportering
  - Tre lex Sarah-rapporter
  - Rutin för synpunkter och klagomål
  - En avvikelserapport
  - Egenkontroll - genomförandeplan
  - Dokumentation, socialtjänst
  - Dokumentation, hälso- och sjukvård
  - Delegeringsbeslut
  - Läkemedelshantering, mål och riktlinjer inom kommunal hälso- och sjukvård
  - Rutiner för förvaring och rekvirering av läkemedel, rutin för narkotikaklassade läkemedel och lokal rutin för läkemedelsförrådet vid Rosenhill
  - Rutin för anmälan enligt lex Maria till IVO
  - Patientsäkerhetsberättelse för år 2018
  - Kopia av patientjournaler mars 2018-mars 2019, läkemedelslistor, signeringslistor och förbrukningsjournaler för narkotiska läkemedel
- Komplettering patientsäkerhetsberättelser år 2017-2018, 8.5-10282/2019-12
- Kopior av bl.a. fallrapporter och avvikelser, 8.5-10282/2019-12
- Kopia av åtgärdsplan efter kvalitetsgranskning av läkemedelshantering år 2015, 8.5-10282/2019-12
- Begäran om handlingar och yttrande, 8.5-10282/2019-14
- Uppdragsbeskrivningar och dokumentation från placerande kommuner, 8.5-10282/2019-27, 29-32, 34, 37-38, 40-44, 46-47, 49-51
- Komplettering placering utanför tillstånd, 8.5-10282/2019-33
- Tjänsteanteckning observation SOFI, 8.5-10282/2019-48
- Yttrande, 8.5-10282/2019-52
- Svar avseende kommunicering, 8.5-10282/2019-54
- Uppgifter från Bisnode/infotorg, 8.5-10282/2019-56
- Missiv till kommuner, 8.5-10282/2019-57
- Tjänsteanteckning boendemiljö, 8.5-10282/2019-58



### Kommunicering

Huvudmannen har enligt 25 § förvaltningslagen (2017:900), FL beretts tillfälle att yttra sig över de handlingar som ligger till grund för IVO:s beslut. IVO har beaktat de synpunkter som har inkommit.

### Ytterligare information

IVO har ett uppdrag att bidra till en vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra bestämmelser. IVO kan initiera tillsyn med anledning av uppgifter som kommer in till myndigheten.

Denna tillsyn har initierats med anledning av återkommande anmälningar avseende Rosenhills kvalitet.

I anmälan till IVO, dnr 7.3-1767/2019, från en personal på Rosenhill uppges att verksamhetens föreståndare/verksamhetschef/sjuksköterska/VD har bristande kompetens och att delegeringar och läkemedelshanteringen i verksamheten inte fungerar.

I anmälan till IVO, dnr 7.3-6853/2019, från ambulanssjukvården i Kronoberg uppges att ambulanspersonal har uppmärksammat bristande läkemedelshantering, bristande omvårdnad samt en smutsig och ohygienisk fysisk miljö.

IVO genomförde den 12-13 mars oanmäld inspektion. Vid inspektionen intervjuades föreståndare/sjuksköterska/verksamhetschef, fyra personal och nio brukare. En observation enligt SOFI-metoden (short observational framework for inspection) genomfördes.

### Bakgrund

Av uppgifter från Infotorg Bisnode den framgår att Rosenhill Vård och Omsorg AB (org nr 556269-4793) ägs av Ting Invest AB. Ting Invest AB äger även Omsorg i Falköping AB, Omsorg i Linneryd AB, Älmeboda Vård och Omsorg AB och Ankarsrum gruppboende AB.

Styrelsen för Rosenhill Vård och Omsorg AB består av ledamot Stefan Johansson, ledamot Robert Jönsson samt suppleant Thommy Jönsson.

IVO har tidigare granskat Rosenhill vid två tillfällen, den 18 november 2013 samt den 1 september 2015. Vid tillsynen 2015 konstaterades brister och tillsynen avslutades efter det att huvudmannen muntligen hade redovisat åtgärder. IVO har även tidigare granskat två andra verksamheter som drivs av Ting Invest AB, Grännaforsa gruppboende (huvudman Älmeboda Vård och Omsorg AB, dnr 8.5-41667/2013) och Furuvägens gruppboende (huvudman Omsorg i Linneryd AB, dnr 8.5-7745/2014). IVO konstaterade stora brister vid både Grännaforsa gruppboende och Furuvägens gruppboende. IVO har vid samtliga ovanstående tillsyner gett omfattande vägledning till huvudmannen.

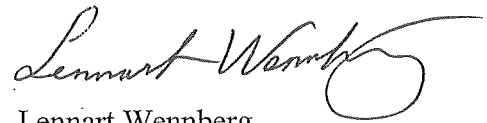
---

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Lars Rahm. Inspektörerna Jessica Hånell, Birgitta Hofvendahl, Lena Björkgren och Heidi Johannesson har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Lennart Wennberg har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Lars Rahm



Lennart Wennberg

Kopia till: Emmaboda kommun, socialnämnden  
Göteborgs stad, stadsdelsnämnd Östra Göteborg  
Lessebo kommun, socialnämnden  
Oskarshamns kommun, socialnämnden  
Ronneby kommun, socialnämnden  
Sigtuna kommun, äldre- och omsorgsnämnden  
Stockholms stad, Bromma stadsdelsnämnd  
Stockholms stad, Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsnämnd  
Stockholms stad, Farsta stadsdelsnämnd  
Stockholms stad, Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd  
Stockholms stad, Skärholmens stadsdelsnämnd  
Södertälje kommun, omsorgsnämnden/äldreomsorgsnämnden  
Växjö kommun, nämnden för arbete och välfärd