



LÄNSSTYRELSEN
I STOCKHOLMS LÄN

Enheten för individ, familjeomsorg
Annika Westerbom
08-785 4062

TILLSYNSRESULTAT

Datum
2009-12-17

Beteckning
7012-09-071843

Magelungens behandlingscenter AB
Bondegatan 35
116 33 Stockholm

**Tillsyn enligt 13 kap 3 § socialtjänstlagen av Magelungens
behandlingscenter AB**

Beslut


Magelungens behandlingscenter AB uppfyller i huvudsak lagstiftningen och dess intentioner avseende hem för vård och boende i de delar som denna tillsyn avser. Länsstyrelsen har uppmärksammat vissa brister, men riktar ingen kritik eftersom dessa brister är av ringa omfattning.

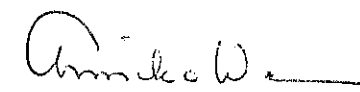
Förbättringsområden

Länsstyrelsen anser att det i det pågående utvecklingsarbetet återstår för verksamheten att förbättra säkerheten respektive dokumentationen såtillvida att;

- utdrag ur misstanke- och belastningsregistret alltid ska inhämtas innan nyanställning även för personer som utför kontinuerliga uppdrag inom verksamheten
- dokumentationen fullt ut står i överensstämmelse med gällande reglering på området

Länsstyrelsen utgår från att de förbättringsområden som angivits ovan, som har sin utgångspunkt i bedömningar i tillsynsresultatet, beaktas av huvudmannen Magelungens behandlingscenter AB.


Agneta Krantz
t.f. enhetschef


Annika Westerbom
socialkonsulent

Kopia till:

Peter Sköld, Magelungens behandlingscenter södermalm, Gaveliusgatan 7, 112 41
Stockholm
Södermalms stadsdelsnämnd



TILLSYNSRESULTAT

Datum
2009-12-17

Beteckning
7012-09-071843

Tillsynens resultat

Bakgrund

Regeringen har för 2009 gett samtliga länsstyrelser i landet i uppdrag att följa upp brister och missförhållanden som uppmärksammats i den nationella tillsynen av enskilda verksamheter som pågick 2006-2007. Syftet är att kontrollera vad som åtgärdats. Tillsynen inriktas främst mot ett antal av länets HVB som bedriver behandling.

I den tillsyn som genomfördes vid Magelungens behandlingscenter (MBC) Södermalm i samband med den nationella tillsynen bedömde Länsstyrelsen att verksamheten i huvudsak svarade mot gällande reglering på området avseende kvaliteten och säkerheten i vården, men konstaterade brister i främst dokumentationen. Tillsynen visade också på vissa utvecklingsområden för verksamheten.

I Länsstyrelsen beslut, daterat den 24 maj 2007 (dnr 7012-2007-19530), gav Länsstyrelsen förslag till Södermalms stadsdelsnämnd om att följa upp att verksamheten förändrat sin dokumentation enligt Länsstyrelsen krav, hur verksamheten utvecklat arbetet kring säkerheten samt hur verksamheten bevakar ungdomarnas fysiska hälsa. Stadsdelsnämnden Södermalm följde upp verksamheten enligt Länsstyrelsens förslag genom två personliga besök, i november respektive december 2008. Stadsdelsnämnden Södermalm inkom med tillsynsrapport och meddelade Länsstyrelsen genom beslut den 21 januari 2009 att verksamheten vidtagit vissa förbättringsåtgärder.

Tillvägagångssätt

Länsstyrelsen har genomfört ett heldagsbesök i verksamheten den 12 november 2009. Granskningen har i första hand omfattat de delar som Länsstyrelsen ansett vara bristfälliga vid föregående tillsyn. I tillsynen har Länsstyrelsen använt nationella bedömningskriterier, vilka fungerar som ett bedömningsverktyg. Bedömningskriterierna utgår från gällande lagstiftning och övrig normering på området.

Under besöket intervjuades föreståndaren, biträdande föreståndare, tre personer ur personalgruppen samt två ungdomar. Slumpvald dokumentation av de elva inskrivna ungdomarna granskades. Kontroll gjordes även på om information inhämtats från belastnings- och misstankeregister gällande anställd personal. Länsstyrelsen har även tagit del av handlingar om verksamheten som lämnades till Länsstyrelsen i samband med besöket.



TILLSYNSRESULTAT

Datum
2009-12-17

Beteckning
7012-09-071843

Tillämpad lagstiftning

- SoL 11 kap 3 § 2 st
- SOSFS 2003:20 4 kap 1 §
- SOSFS 2006:5 6 kap 1 §
- SOSFS 2006:11 4 kap

Redovisning av tillsynen

Beskrivning av nuvarande verksamhet

Magelungens behandlingscenter (MBC) Södermalm är beläget i Stockholms stad och har sedan 2001 Länsstyrelsens tillstånd att bedriva enskild verksamhet enligt 7 kap 1 § 1 p. socialtjänstlagen (SoL). Huvudman för verksamheten är Magelungens behandlingscenter AB. Målgruppen är ungdomar i åldern 13-20 med psykotisk, borderline eller allvarlig neurotisk problematik samt även med neuropsykiatriska diagnoser som Aspbergers syndrom, DAMP och ADHD. Tillståndet omfattar elva platser och vid tillsynen var elva ungdomar placerade alla med stöd av socialtjänstlagen (SoL). De inskrivna ungdomarna hade varit placerade i verksamheten från två månader upp till drygt två år. I de handlingar som Länsstyrelsen tagit del av gällande ungdomarna framgår att verksamheten haft 21 ungdomar inskrivna de senaste 18 månaderna. Fem oplanerade utskrivningar har skett under nämnda period.

Behandlingsmetoder

I verksamhetens egen dokumentation står att läsa att det grundläggande innehållet i vården bygger på en psykodynamisk och systemisk grundsyn och innehåller miljöterapi med kognitiv inriktning, familje- och nätverksarbete, individualterapi samt skola. Behandlingen är individuellt anpassad efter ungdomarnas behov. Kring varje ungdom finns ett team bestående av individual-, familje-, miljöterapeut och samordnare. Samordnaren har rollen som kontaktperson vilken ansvarar för alla praktiska ting kring ungdomen. Behandlingstiden kan variera men eftersträvas att vara så kort som möjligt.



Barnets behov - vårdens innehåll

Bedömningskriterier:

- **Barnet ges möjlighet att vara delaktigt i genomförandet av vården**
- **Barnets känslö- och beteendemässiga utveckling påverkas i positiv riktning**
- **Barnet får stöd i att utveckla förmågan att klara sig själv**
- **Barnet får stöd i att utveckla sin sociala förmåga**
- **Barnet upplever tillit till personalen**
- **Barnet får stöd vad gäller den fysiska och psykiska hälsan**
- **Barnet deltar i skolundervisning som motsvarar barnets individuella behov under placeringen**
- **Verksamhetens lokaler ger förutsättningar för att barnets privata sfär respekteras**

Länsstyrelsen påtalade i sitt beslut utifrån den nationella tillsynen att ett utvecklingsområde var att se till hur verksamheten bevakar ungdomarnas fysiska hälsa.

Sedan Länsstyrelsens tidigare tillsyn uppger föreståndaren att förändringar när det gäller rutiner för kontroll av ungdomarnas fysiska hälsa ägt rum. Numera har verksamheten som rutin att, utifrån en fastställd checklista, i samband med inskrivning, kontrollera ungdomarnas fysiska hälsotillstånd.

Länsstyrelsen har i sin uppföljande granskning i år genomfört intervjuer med två av de inskrivna flickorna, den ena 16 år och den andra 19 år gammal, för att få en bild av hur de upplever att vården fungerar. Länsstyrelsen gjorde även intervju med personal med utgångspunkt i några av ovanstående bedömningskriterier.

Ungdomsintervjuer

De intervjuade ungdomarna, två flickor, hade varit inskrivna i verksamheten i knappt ett år respektive ett och ett halvt år. Den äldre av flickorna har nyligen flyttat till eget boende men är kvar i verksamheten ett par dagar i veckan. De beskrev båda två att de trivs väldigt bra, den ena nästan "för bra". Den ena flickan säger att hon har fått så mycket hjälp som det går att få. Bådas upplevelse är att de blir lyssnade på och att man tar hänsyn till deras uppfattning. Det är viktigt att det fungerar med samordnaren som har en betydelsefull roll. Personalen agerar bra och pratar med ungdomarna. De är duktiga på att ge uppskattning och flickorna känner sig trygga i boendet. En av flickorna beskriver en händelse med en personal som hon tycker att ansvariga tog tag i på ett bra sätt. Det erbjuds aktiviteter varje dag i veckan, såväl de som är behandlingsinriktade som fritidsaktiviteter. En gång i veckan lagar ungdomarna mat tillsammans med



personal. Skolgången ser lite olika ut för dem båda men de har båda undervisning anpassad efter respektive behov.

Personalintervju

De intervjuade i personalgruppen har varit anställda i verksamheten mellan 1,5 och 30 år. De beskriver sig själva och övrig personal som tydliga, att ungdomarna ska veta vad de kan förvänta sig av dem, att de ger inte upp. Det pågår ett ständigt arbete med att lära ungdomarna att vända sig till och tala med personalen.

Ungdomarna ska känna att de kan vända sig till personalen. Allting i verksamheten bygger på relationsbyggande, ju längre placering desto större förtroende. Genom att i olika konstellationer jobba tillsammans med ungdomarna stärks samhörigheten.

En noggrann inventering av den fysiska hälsan görs i samband med inskrivning av varje ungdom enligt en checklista. Personalen uppmuntrar även till motion i olika former och det erbjuds såväl individuella som gruppaktiviteter.

Länsstyrelsens bedömning

Länsstyrelsen bedömer att verksamheten bygger på förtroende och samarbete med de inskrivna ungdomarna och att dessa upplever vistelsen som meningsfull. De ungdomar Länsstyrelsen talade med uttrycker såväl förtroende som tillit för verksamheten och dess personal.

Sedan Länsstyrelsens föregående tillsyn kan konstateras att förbättringar ägt rum när det gäller rutiner för kontroll av ungdomarnas fysiska hälsa. Nytt och bra är de checklistor för ungdomarnas fysiska hälsa som har upprättats.

Säkerhetsrutiner

Bedömningskriterier:

- **In- och utskrivning utgår från barnets behov och förutsättningar**
- **Skriftliga rutiner finns för att förebygga incidenter och allvarliga händelser**
- **Skriftliga rutiner finns för hur personalen ska agera vid incidenter och allvarliga händelser**
- **De personer som ska anställas eller anlitas i verksamheten kontrolleras i belastnings- och misstankeregistren**
- **Verksamhetens lokaler och utrustning är av god kvalitet och uppfyller kraven på säkerhet**

Länsstyrelsen påtalade i sitt beslut utifrån den nationella tillsynen att verksamheten behövde utveckla arbetet kring säkerheten framför allt vad gäller



TILLSYNSRESULTAT

Datum
2009-12-17

Beteckning
7012-09-071843

kontroll av personal i samband med anställning och att upprätta ett system för att kunna följa avvikelser i vården.

Länsstyrelsen har vid den uppföljande tillsynen valt att fokusera på de utvecklingsområden som påtalats samt att ungdomarnas säkerhet kan garanteras genom tillräcklig bemanning och kompetens hos personalen.

Redan vid inskrivning är man noggrann med vilka ungdomar man tar mot, att de tillhör målgruppen och att de görs delaktiga.

Verksamheten redovisar ett antal rutiner av vilka vissa är under omarbetning för att säkerställa personalens agerande i händelse av olika risksituationer.

Föreståndaren uppger att för att ytterligare garantera säkerheten och som en kvalitetssäkring har all personal regelbunden handledning av extern handledare som syftar till att bland annat öka kunskapen och förståelsen för vad som händer i ungdomsgruppen. Varje vecka samlas arbetsgruppen till behandlingskonferenserna och det finns då möjlighet att ta upp och diskutera uppkomna händelser av betydelse. Föreståndaren har regelbundna medarbetarsamtal där frågor om eventuella missförhållanden ställs. Om missförhållanden uppdagas, antingen det gäller anställda eller inskrivna ungdomar, görs en anmälan till ledningen och i förekommande fall även till socialtjänst och eventuellt en polisanmälan.

Rutiner för avvikelserapportering finns. Föreståndaren uppger att all rapportering som dokumenteras går via honom vidare till huvudkontoret. Säkerhetstänkandet är högt i företaget och i verksamheten säger den intervjuade personalen, och diskuteras hela tiden. Alla ungdomar och deras föräldrar blir informerade om vilka regler och rutiner som finns innan inflyttning. När något har hänt tas det genast tag i med dem som är berörda. Efter det inträffade gör man så kallade kedjeanalyser för att följa upp.

En bakjour finns alltid tillgänglig under tid då bemanningen är låg. Nattetid tjänstgör två sovande personal som kan vara vakna vid behov. Möjlighet att kalla in extra personal om behov uppstår finns.

Eftersom de flesta inskrivna ungdomarna har ett kraftfullt agerande är det viktigt att all personal, inklusive vikarier känner till vilka rutiner som gäller när akuta situationer uppstår. Det anser personalen att den ordinarie personalen gör men att det kan brista hos vikarier. Delar av personalen har därför tagit initiativ till att uppdatera en så kallad vikariemapp med tydliga instruktioner kring detta.

Personalen har för uppdraget olika lämpliga utbildningar på högskolenivå. Därutöver har de flesta även relevanta vidareutbildningar. Av de 14 anställda i verksamheten har sex personer över tio års erfarenhet av att arbeta med målgruppen. Verksamheten har tillgång till konsultläkare med barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens. Denne har även det medicinska ansvaret för de inskrivna ungdomarnas medicinering och deltar på regelbundet på behandlingskonferenser samt vid behov i möten med BUP och vuxenpsykiatri.



För ett år sedan anställdes en legitimerad sjuksköterska med specialist kunskaper i barn- och ungdomspsykiatri.

Bemanningen är schemalagd så att personal finns tillgänglig dygnet runt. På dagtid arbetar upp till 13 personer i verksamheten. En bakjour finns alltid tillgänglig under tid då bemanningen är låg. Nattetid tjänstgör två sovande personal som kan vara vakna vid behov. Möjlighet att kalla in extra personal om behov uppstår finns.

För att undvika parkonstellationer bland personalen och som en säkerhetsåtgärd har schemat lagts så att all personal arbetar med olika personer.

All personal inklusive vikarier kontrolleras vid nyanställning med utdrag ur rikspolisstyrelsens misstanke- och belastningsregister. All övrig personal kontrolleras vartannat år. Vid tillsynstillfället fann Länsstyrelsen vid en genomgång av pärm för hantering av dessa uppgifter att i två fall var utdraget kontrollerat efter det att anställningen påbörjats. För övriga anställda gäller att de anställts innan lagens ikraftträdande.

Begäran om utdrag för handledare som verksamheten anlitar görs inte.

Verksamheten bedrivs i ett trevåningshus på Södermalm. Byggnaden som härrör från 1800- talet har flera gemensamma utrymmen i vilka finns möjlighet till aktivitet, matlagning, vila och arbete. Alla ungdomar har egna låsbara rum. Tillgång finns till teknisk utrustning som exempelvis data, TV och musik.

Personalen uppger att de är informerade om hur de ska göra i händelse av brand. Ungdomarna blir instruerade om hur de ska agera vid inskrivningen, därefter sker ingen systematiserad information. Utrymningsplaner finns i varje rum och de intervjuade flickorna uppger att de vet om vilka regler som gäller och vet vad de ska göra såväl i händelse av olika incidenter som i händelse av brand

Länsstyrelsens bedömning

Verksamheten har, enligt Länsstyrelsens bedömning, till största delen tillräckligt utvecklade säkerhetsrutiner. Rutinerna är utformade så att man tillvaratar och upprätthåller trygghet och rättsäkerhet för såväl ungdomar som anställda. Länsstyrelsen kan konstatera att verksamheten vid ett par tillfällen förbisett att kontrollera nyanställda mot misstanke- och belastningsregistret innan anställningens ikraftträdande. Begäran om registerutdrag för handledare som verksamheten anlitar görs fortfarande inte. Det finns en lagstadgad skyldighet att inhämta uppgifter kring personer som verksamheten erbjuder uppdrag. I lagens förarbeten anges inte om utdrag även ska tas på de uppdragstagare som inte kommer i kontakt med ungdomarna. I SOU 2005:65 tar man sikte på att om uppdraget som uppdragstagarna har är kontinuerligt ska även dessa kontrolleras. Eftersom handledarna är i verksamheten kontinuerligt bör utdrag även omfatta dem.



TILLSYNSRESULTAT

Datum
2009-12-17

Beteckning
7012-09-071843

Dokumentation

Bedömningskriterier:

- **För varje individ finns separat dokumentation**
- **Dokumentationen kring den enskilde är tydlig och ändamålsenlig**
- **För varje inskriven individ finns en genomförandeplan som följs upp**
- **Genomförandeplanen konkretiserar hur beslutad insats ska genomföras**

Länsstyrelsen konstaterade vid den nationella tillsynen att dokumentationen till största delen motsvarade vad föreskrifterna kräver. Länsstyrelsen uppmanade dock i sitt beslut MBC Södermalm att anpassa dokumentationen till gällande regleringar på området. Önskvärt var att ha alla journalanteckningar på ett och samma ställe och att dessa skulle innehålla beslut, åtgärder, händelser och andra faktiska omständigheter av betydelse för vården. Det påtalades även att genomförandeplanerna borde ta upp specifika behov avseende ungdomens fysiska och psykiska hälsa och utbildning/praktik.

Vid Länsstyrelsen uppföljande granskning i år konstateras att särskilda pärmar finns för varje inskriven ungdom vilka förvaras i låst arkivskåp. I varje pärm finns flikar för personuppgifter, journaler, genomförandeplan, samuppdrag mm. Personbladet innehåller förutom personuppgifter om den unge även uppgifter om bland annat familj, ansvarig socialtjänst och inskrivnings datum. Uppgifter om föreståndarens beslut om inskrivning, inskrivnings datum och lagrum återfanns i de granskade akterna.

Journalanteckningarna är numera utformade med olika kulörer för respektive ansvarsområde. I journalerna finns information om omständigheter av betydelse för vården samtidigt som det fortfarande finns överflödiga mer detaljerade uppgifter utan tydlig koppling till vården och behandlingen. Dag- och arbetsanteckningar förs i samma journal. De utvärderingsmöten som gjorts tillsammans med socialtjänsten är i de flesta fall noga dokumenterade. Noteringar om att familjesamtal har ägt rum och vilka som deltagit finns, men inget om vad som framkommit.

Genomförandeplaner med målbeskrivning för varje ungdom återfanns i alla granskade akter utom två. I någon gick det inte att utläsa vem som skrivit den eller när den upprättats.

Nytt är de checklistor för ungdomarnas fysiska hälsa som numera ska finnas i varje akt och där det ska framgå vad man kan behöva uppmärksamma.



TILLSYNSRESULTAT

Datum
2009-12-17

Beteckning
7012-09-071843

Huvudmannen avser att installera ett elektroniskt dokumentationssystem i berörda verksamheter. MBC Södermalm beräknas få tillgång till systemet under 2010. All personal ska utbildas i detta.

Länsstyrelsens bedömning

Länsstyrelsen kan konstatera att förbättringar har skett ifråga om journalföring och genomförandeplaner och bedömer att dokumentationen till största del överensstämmer med gällande reglering på området. I varje pärm finns ett tydligt och informativt personblad. Genomförandeplaner saknas i ett par av akterna och Länsstyrelsen vill uppmärksamma verksamheten på vikten av dessa för att enkelt kunna genomföra och följa vården. Av journalen bör också framgå när insatsen påbörjats, när genomförandeplanen upprättats samt följts upp och reviderats. Det förekommer dock fortfarande viss ovidkommande information i journalerna som bitvis kan vara svårtydda.

