

# Uppföljning av kvalitetskrav

**Bostad med särskild service**

**Utförare: Örebro kommun, Rostagatan 40**

## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Uppföljning sker enligt riktlinje för avtalsuppföljning av konkurrensutsatt verksamhet i Social välfärd (Sov 215/2020). Uppföljning sker även utifrån områden i förfrågningsunderlag (Sov 140/2014) för drift av LSS-boende som Örebro kommun tagit fram i samband med upphandling av konkurrensutsatt verksamhet inom bostad med särskild service enligt LSS.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

## Rostagatan 40

Rostagatan 40 är en gruppboende som funnits sedan över 10 år tillbaka. De flesta av de sex boende har bott på gruppboenden sedan den öppnades. Gruppboenden har en gemensam altan med möjlighet till utevistelse i anslutning till fastigheten. Gemensamma utrymmen finns för samvaro och möjlighet till måltider samt personalutrymmen. Personalen har även ett utrymme i källarplan för ombyte och förvaring av arbetskläder.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Rostagatan 40 ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Rostagatan 40 ska senast den 26 november 2020 skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se). Bedömningen är att Rostagatan 40 brister inom följande områden:

### Samverkan

#### Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

#### Dokumentation och förvaring

#### Individuell planering, delaktighet

#### Vård i livets slutskede

#### Skydds- och begränsningsåtgärder

Med anledning av ovanstående brister ska Rostagatan 40 även skicka in följande handlingar till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast den 7 december 2020:

- Rutin för intern och extern samverkan
- Rutin för utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter
- Rutin för kvittering och planering av genomförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder
- Rutin för hur ni arbetar med personalplanering för att möjliggöra hög kontinuitet vid behov av vak
- Sammanställning över aktuella skydds- och begränsningsåtgärder samt hur ni dokumenterat samtycken för åtgärderna.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 7 december 2020. Vi kommer då att granska åtgärdsplan och inkomna rutiner. Vi kommer efter 1 februari 2020 att granska aktuella genomförandeplaner.

## Bedömning

### Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

#### Risکانالyser

Ni uppfyller kraven inom området då ni arbetat med riskanalys senaste året på enhetsnivå. Ni beskriver att det är ett pågående förbättringsområde för verksamheten, där arbete påbörjats under hösten med individuella riskanalyser för de boende. Ni har rutiner för hur ni arbetar med riskanalyser på individ och enhetsnivå som innehåller tillvägagångssätt och ansvarsfördelning.

Ni har en förvaltningsgemensam rutin för riskanalys på individ- och enhetsnivå, lokal rutin för skapande av, och uppföljning av riskanalys på individnivå, samt riskbedömningar till följd av pandemi, smittspridning gällande coronavirus. Ni arbetar med riskanalys vid förändringar i verksamheten som exempelvis digital signering. Ni har arbetat med riskanalys utifrån covid- 19. Ni har utifrån genomförd riskanalys på individnivå satt in åtgärder i form av handledning för personal inom området bemötande.

Enligt SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Enligt Socialstyrelsens handbok för tillämpning av SOSFS 2011:9 ska riskanalyser omfatta verksamhetens samtliga delar.

#### Egenkontroller

Ni uppfyller kraven inom området då ni regelbundet genomfört egenkontroller i er verksamhet, samt systematiskt arbetat med åtgärder till följd av genomförda egenkontroller under senaste året. Verksamhetens årshjul anger när egenkontroll ska ske inom området dokumentation samt hygien. Ni har vid egenkontroll inom dessa områden under senaste året identifierat brister och vidtagit åtgärder som gett effekt i form av förbättringar.

Enligt SOSFS 2011:9 ska egenkontroller regelbundet genomföras i den egna verksamheten för att på ett systematiskt sätt följa upp och utvärdera verksamheten samt kontrollera att den egna verksamheten följer aktuella lagar, föreskrifter och styrdokument i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

#### Rapporteringskyldighet

Ni uppfyller kraven inom området då ni har en förvaltningsgemensam rutin för rapportering av lex Sarah. Rutinen innehåller hur rapportering, utredning och

anmälan görs samt ansvarsfördelning inom verksamheten. Ni informerar medarbetare om rapporteringsskyldigheten vid anställning samt utifrån årshjulet två gånger per år i samband med arbetsplatsträff.

Enligt SOSFS 2011:9 har all personal i verksamheten en rapporteringsskyldighet av händelser inom den egna verksamheten. Enligt 24 b- 24 f § LSS och SOSFS 2011:5 lex Sarah ska ni anmäla händelser som medfört eller skulle kunna medföra allvarliga missförhållanden till IVO.

### **Omvårdnad**

Utifrån de delar inom området som vi granskat uppfyller ni kraven då ni har anpassat stödet i vardagen för att tillgodose de boendes behov. Ni har anpassat bemanning och schemaläggning utifrån att samtliga boende har daglig verksamhet de flesta dagar i veckan, därför arbetar fler personal på kvällar och helger än vardagar och ni har vaken nattpersonal. Schemaläggningen kan även möjliggöra aktiviteter för de boende. Ni arbetar med hjälpmedel inom kommunikation i form av bildstöd, valtavlor eller schema som är individuella för varje boendes behov. Ni beskriver att de flesta boende äter ute i det gemensamma köket, ni erbjuder matlagning i enskilda lägenheter eller i det gemensamma köket. Då synpunkter eller önskemål kring maträtter framförs planerar ni det i varje boendes schema.

Enligt SOSFS 2002:9 ska omvårdnad enligt LSS ges på ett sådant sätt att den stärker den enskildes tilltro till sin egen förmåga, kontinuerligt anpassas efter rådande omständigheter så att det svarar mot den enskildes aktuella situation.

### **Aktiv och meningsfull tillvaro**

Utifrån de delar inom området som vi har granskat uppfyller ni kraven då granskning av samtliga boendes verkställighetsjournal och GP för senaste året visar att samtliga boende har aktiviteter på sin fritid. Vi ser att de boende har god man, kontaktperson, kompis eller andra viktiga sammanhang som de ingår i. Vi ser att personal och boende har aktiviteter i närområdet eller gör utflykter. Ni gör planering sker utifrån de boendes individuella behov och önskemål. Schema läggs för individuella eller gemensamma aktiviteter utifrån dialog med boende, anhöriga eller företrädare. Personalens kännedom kring den enskilde bidrar till att hitta aktiviteter och meningsfull tillvaro. Aktiviteter planeras, utförs och utvärderas på teammöten. Ni arbetar för att de boende ska välja aktiviteter själva. Ni kan komma med förslag på aktiviteter, ofta har boende egna förslag som de vill genomföra på egen hand eller med stöd av personal.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna (SOSFS 2002:9) ska omvårdnaden innehålla individuellt anpassat stöd för att kommunicera, upprätthålla sociala kontakter och bryta isolering.

### **Fadderskap**

Utifrån de delar inom området som vi granskat uppfyller ni kraven då varje boende har en utsedd fadder som är känd för anhöriga och företrädare. Den enskilde har möjlighet att byta fadder. Alla boende har en fadder som sköter

kontakter kring den enskilde. Ni dokumenterar i protokoll vem som är fadder. Information om vem som är fadder lämnas till den enskilde och anhöriga.

### **Anhörigstöd**

Utifrån de delar inom området som vi granskat uppfyller ni kraven då ni har ett anhörigombud och en förvaltningsövergripande rutin för anhörigstöd som innehåller ansvarsfördelning för medarbetare, anhörigombud och enhetschef. Rutinen beskriver hur ni arbetar med anhörigstöd i enlighet med socialtjänstlagen, länsövergripande riktlinjer inom området samt förvaltningens riktlinje inom området. Ni har arbetat med samtycken från de boende för kontakter med anhöriga, både skriftligen och muntligen samt registrerat samtyckena. Informationsbrev skickas ut till anhöriga, där samtycken finns.

### **Läkemedelshantering**

Utifrån de delar inom området som vi granskat uppfyller ni kraven då ni har en rutin för läkemedel som beskriver ansvarsfördelning, förvaring, transport och retur av läkemedel. Ni samverkar aktivt med sjuksköterska inom området. Ni har en förvaltningsövergripande rutin med bilaga för lokal rutin och checklista för enheten. Ni har även en lokal rutin där ansvarsfördelning mellan personal, sjuksköterska och enhetschef framgår. Det framgår i den lokala rutinen hur läkemedel förvaras och vilka som har åtkomst till låsta läkemedelsskåp.

Läkemedelshanteringen ska följa Socialstyrelsens föreskrift HSLE-FS 2017:37 och det ska finnas säkra rutiner som följer kommunens och regionens riktlinjer och styrdokument för läkemedelshantering.

### **Hygien**

Utifrån de delar inom området som vi granskat uppfyller ni kraven då ni har genomfört egenkontroll för hygien, all personal skrivit under ansvarsförbindelsen för hygien, ni tillhandahåller arbetskläder för dagligt ombyte samt skyddskläder. Ni har en personalrutin för arbetskläder.

Ni har vid egenkontroll upptäckt brister i basal hygien vilka åtgärdats genom att sätta upp rutin för god handhygien i lokalen och infört arbetskläder våren 2020. Ni har efter egenkontrollens åtgärder märkt effekter i form av lägre sjukfrånvaro hos personalen. Ni har en lokal för ombyte och möjlighet att byta arbetskläder dagligen. Ni skickar tvätten på cirkulationstvätt veckovis. Ni har ett särskilt utrymme där ni förvarar skyddskläder, för en av de boende har ni arbetat med visir under pandemin.

Ni ska följa kommunens och regionens riktlinjer och styrdokument inom området samt Arbetsmiljöverkets (AFS 2018:4) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) inom området.

### **Brister i kvalitetskrav**

Resultatet visar att utföraren brister i kvalitetskrav. Nedan redovisas de brister som föranlett beslut om åtgärdsplan.

### **Samverkan**

Ni uppfyller delar inom området som vi har granskat då ni har flera rutiner för intern och extern samverkan. Ni kan beskriva vilka era externa samverkanspartners är och hur ni tar kontakt med dem. Granskning av samtliga boendes verkställighetsjournaler ett år tillbaka visar att samverkan sker med legitimerad personal kring samtliga boende. Ni har personalrutin rapport och planering samt personalrutin för post som innehåller information om hur ni samverkar internt.

Ni brister inom området då rutinerna saknar beskrivning av hur och i vilka forum ni samverkar med externa samverkanspartners.

Rutin för samverkan ska ingå i ledningssystem för kvalitet. Ledningssystemet ska uppfylla de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Ni ska förutom åtgärdsplan inkomma med rutin för intern och extern samverkan. Rutinen ska förutom daglig samverkan och informationsöverföring inom den egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner innehålla beskrivning av vilka forum, verksamhetssystem, ansvarsfördelning och arbetssätt för extern samverkan som används. Rutinen ska beskriva hur samverkan sker med exempelvis LSS/ SoL handläggare, legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård eller inom Region Örebro län, socialtjänsten eller andra aktörer.

### **Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter**

Utifrån de delar vi granskat inom området uppfyller ni delar då ni har en förvaltningsgemensam rutin för klagomål och synpunkter som beskriver ansvarsfördelning mellan personal, enhetschef och avdelningschef. Lokal rutin för avvikelser beskriver vilka forum och med vilken frekvens ni går igenom avvikelser. Vi kan vid granskning av tio avvikelser i Treserva från senaste året se att sju av dem var fullföljda i enlighet med riktlinjen, inom sex månader från registrering.

Ni brister inom området då er lokala rutin för avvikelser saknar beskrivning av i vilka forum och hur ni vid behov samverkar med andra yrkeskategorier för att fullfölja processen kring avvikelser som berör hälso- och sjukvård.

Ni ska följa kommunens riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Enligt denna ansvarar chef för att upprätta en lokal rutin för den egna verksamheten. Verksamheten ansvarar enligt riktlinjen för att samverka med legitimerad personal kring att slutföra registrerade avvikelser i Treserva då det skulle kunna medföra en risk för patientsäkerheten att avvikelserna inte tas om hand i teamet.

Ni ska förutom åtgärdsplan inkomma med uppdaterad lokal rutin där det förutom nuvarande innehåll även beskrivs hur samverkan vid behov sker med legitimerad personal för att fullfölja avvikelseprocessen för de avvikelser som berör hälso- och sjukvård.

### **Dokumentation och förvaring**

Utifrån de delar vi granskat inom området uppfyller ni delar då granskning av samtliga boendes verkställighetsjournaler för ett år tillbaka visar att ni har regelbunden social dokumentation. Vi kan se vem som antecknat och att anteckningarna förs med respekt för den enskildes integritet. Det framgår att samverkan sker med legitimerad personal för samtliga boende.

Enligt Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade 21 a § ska dokumentationen utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Ni brister inom området då det inte framgår i lokal rutin hur ni säkerställer att hälso- och sjukvårdsåtgärder (HSL) som kvitterats i Treserva planeras för genomförande. Rutinen beskriver endast hur ni kvitterar en vårdplan.

Enligt Örebro kommuns metodstöd för vårdplaner ska lokal rutin finnas för kvittering och planering av genomförandet av HSL- åtgärder.

Ni ska förutom åtgärdsplan inkomma med uppdaterad lokal rutin som utöver nuvarande innehåll beskriver hur ni ska säkerställa att planering för genomförande av HSL-åtgärder sker, efter att ni har kvitterat en vårdplan i Treserva från legitimerad personal.

### **Individuell planering, delaktighet**

Utifrån de delar vi granskat inom området uppfyller ni delar då samtliga boende har flera aktuella genomförandeplaner (GP) som har följts upp inom det senaste halvåret. Det framgår i GP vad som ska göras, i vilken ordning, när och av vem.

Ni brister i området då det vid granskning av samtliga boendes GP för senaste året endast i ett fall finns anteckningar i verkställighetsjournal att GP har upprättats eller följts upp. Granskningen visar att två av de boende varit delaktiga vid upprättandet eller uppföljningen. Mål som knyter an till insatsen bostad med särskild service saknas i samtliga GP. Mål som knyter an till aktivitet förekommer endast i en GP. Vi kan vid granskning inte avgöra vilka GP som är de aktuella då det finns dubletter med samma namn och samma datum.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5) kap 2§ allmänna råd framgår det att genomförandet av en insats bör dokumenteras i en genomförandeplan. Planen bör upprättas med utgångspunkt från den beslutande nämndens uppdrag till utföraren. Av genomförandeplanen bör det bland annat framgå, vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut, om insatsen innehåller en eller flera aktiviteter hos utföraren samt vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet. Det ska även framgå om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till den enskildes synpunkter/önskemål samt när uppföljning av insatsen ska göras.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att det i de boendes GP framkommer mål såväl från nämnds beslut samt för varje aktivitet. Ni ska

beskriva hur ni säkerställer att det noteras i verkställighetsjournalen när ni upprättar eller följer upp GP. Ni ska beskriva hur ni ska säkerställa att det i GP framgår vilken hänsyn som har tagits till den enskildes synpunkter eller önskemål så att dennes individualitet går att utläsa i planen.

### **Vård i livets slutskede**

Utifrån den del inom området som vi granskat uppfyller ni stora delar då ni har en förvaltningsgemensam rutin för palliativ vård som innehåller beskrivning av vad personal ska göra och ansvarsfördelning. Ni har ett palliativt ombud i verksamheten, en personal med tidigare erfarenhet och en pärm med stödmaterial om det skulle bli aktuellt med palliativ vård.

Ni brister i del av området då ni saknar en lokal rutin för hur ni arbetar med personalplanering för att möjliggöra hög kontinuitet om vak skulle sättas in av sjuksköterska.

Enligt kommunens riktlinje palliativ vård ska ni ha en lokal rutin som beskriver hur ni möjliggör hög kontinuitet vid behov av vak.

Ni ska förutom åtgärdsplan inkomma med lokal rutin som beskriver hur ni ska arbeta för att möjliggöra hög kontinuitet vid behov av palliativt vak.

### **Skydds- och begränsningsåtgärder**

Utifrån de delar inom området som vi har granskat brister ni då ni saknar dokumentation för om enskilda samtycker till åtgärder, rutiner eller handlingsplaner som kan upplevas begränsande.

Ni ska följa riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder i Örebro läns kommuner. Enligt riktlinjen ska det framkomma i dokumentationen vad som är syftet med skydds- och begränsningsåtgärder och hur verksamheten har riskbedömt åtgärden för den enskilde. Samtycke, som är en förutsättning för alla typer av skydds- och begränsningsåtgärder, ska finnas dokumenterat. Enligt riktlinjen ska åtgärder som innebär att frånta den enskilde personliga föremål, till exempel mobiltelefon förutsätta den enskildes samtycke, samt att en tvärprofessionell individuell bedömning tydligt visar att åtgärderna tillgodoser den enskildes behov av till exempel skydd, stöd, hjälp eller aktivering.

Ni har en förvaltningsgemensam rutin för skydds- och begränsningsåtgärder. Vid begäran om en sammanställning av aktuella skydds- och begränsningsåtgärder för senaste året inom verksamheten svarade ni under våren att det inte förekommit i verksamheten. Vi kan vid granskning av verkställighetsjournal för samtliga boende det senaste året se att skydds- och begränsningsåtgärder förekommer för tre av de boende i form av hjälpmedel, rörelselarm, tidsbegränsningar för aktiviteter samt att mobiltelefoner eller surfplatta förvaras hos personal under natten. Vi kan inte se att ni dokumenterat samtycke för åtgärderna i den sociala dokumentationen. Ni beskriver att ni kan förbättra dokumentationen kring enskilda, vad ni fått för instruktioner, samtycke hos den enskilde, riskbedömning kring åtgärderna och ni behöver se över åtgärder och rutiner inom verksamheten.



Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska säkerställa att verksamheten arbetar enligt den länsövergripande riktlinjen. Ni ska dokumentera samtycke från enskilda om åtgärder som kan upplevas som begränsande. Ni ska inkomma med en sammanställning över aktuella skydds- och begränsningsåtgärder samt hur ni dokumenterat samtycken för åtgärderna.

## Metod

Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning har samlat in och granskat nedanstående underlag. Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport.

### Underlag för bedömning:

- Intervju i samband med digitalt möte 7 oktober, deltagare var enhetschef, boendepedagog och personal från verksamheten.
- Synpunkter och klagomål från verksamhetssystemet Treserva för senaste året samt inkomna underlag från utföraren.
- Avvikelser från verksamhetssystemet Treserva för senaste året samt inkomna underlag från utföraren.
- Granskning av samtliga boendes verkställighetsjournaler i Treserva för senaste året.
- Dokumentation i form av granskning av samtliga boendes genomförandeplaner eller rutinbeskrivningar i Treserva för senaste året.
- Rutiner och underlag som begärts av avtalscontroller inför uppföljning och rutiner eller underlag som inkommit i samband med digitalt möte.

Malin Paulsson  
Avtalscontroller  
Enheten för Uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun