

# Uppföljning av kvalitetskrav

**Bostad med särskild service**

**Utförare: Örebro kommun, Ekevägen 10 A**



## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav för verksamheten Ekevägen 10 A. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun, Sov 460/2020. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år på uppdrag av Programnämnd Social välfärd.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

## Ekevägen 10 A

Ekevägen 10 A är en gruppbostad med 8 lägenheter varav två lägenheter fungerar som servicebostad och ligger i anslutning till huvudbyggnaden. Boendet har funnits sedan 2015 och är en byggnad i markplan i bostadsområdet Adolfsberg. Det finns närhet till vårdcentral med apotek, samt promenadavstånd till ICA och skogsmiljö. Boendet har gemensamma ytor, personalutrymmen och uteplats.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i verksamheten och beslutar därmed att Ekevägen 10 A ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ekevägen 10 A ska senast den 21 april 2021 skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se)

### **Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:**

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan
- Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter
- Rapporteringskyldighet, missförhållande och vårdskada

Fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder

Individuell planering, delaktighet och genomförandeplan

Skydds- och begränsningsåtgärder

Med anledning av ovanstående brister ska Ekevägen 10 A även skicka in följande handlingar:

- Rutin för samverkan som beskriver hur extern samverkan sker.
- Rutin för rapporteringskyldighet av missförhållande och vårdskada som beskriver hur verksamheten hanterar och rapporterar händelser, samt informerar personal om rapporteringskyldigheten.
- Rutin för hur verksamheten tar emot fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder som utöver nuvarande innehåll beskriver hur hälso- och

sjukvårdsåtgärder från legitimerad personal tas emot och planeras för genomförande.

- En sammanställning av identifierade skydds-och begränsningsåtgärder som beskrivs i denna rapport. Om åtgärderna fortsatt förekommer i verksamheten ska sammanställningen redovisa syftet, om det har genomförts riskbedömning samt inhämtats samtycke. Om åtgärderna inte längre förekommer ska detta redovisas. Om verksamheten har nya åtgärder ska även dessa redovisas.

Handlingarna ska vara inskickade till [eggetval@orebro.se](mailto:eggetval@orebro.se) senast den 7 juni 2021.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 7 juni 2021. Vilket innebär att vi kommer att granska inkommen åtgärdsplan, rutiner, sammanställningar samt genomföra en granskning av aktuella genomförandeplaner. Vi kommer även att granska avvikelseprocessen. Om brister kvarstår vid en resultatuppföljning kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner i enlighet med gällande överenskommelse.

#### **Mindre omfattande brister har identifierats inom följande kvalitetskrav:**

Enheten för uppföljning har identifierat brister av mindre omfattning i verksamheten. För dessa brister tilldelas verksamheten ett påpekande.

#### **Social dokumentation**

De brister som identifierats är av mindre omfattning och ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Ekevägen 10 A ska enligt överenskommelse i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat i denna rapport och vilka effekter åtgärderna gett.

## **Bedömning**

### **Uppfyllda kvalitetskrav**

Resultatet av uppföljningen visar att Ekevägen 10 A uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

#### **Ledningssystem för kvalitet**

##### **-Riskanalyser**

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 överenskommelsen ska utföraren utöver kraven inom SOSFS 2011:9 ha en beskrivning av hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet.

Inför uppföljningen ombads Ekevägen 10 A att inkomma med en beskrivning av hur verksamheten arbetar med riskanalyser och en sammanställning över vilka

riskanalyser som genomförts det senaste året. Sammanställningen skulle beskriva anledning till att riskanalyserna genomfördes, vilka risker som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur verksamheten följt upp åtgärderna och dess effekt.

Vi har granskat verksamhetens beskrivning och sammanställning. Sammanställning av riskanalyser på individnivå visar hur verksamheten arbetar med att identifiera risker, åtgärda och följa upp åtgärder på individnivå. Riskanalys som genomförts på enhetsnivå med anledning av coronavirus beskriver identifierade risker, genomförda åtgärder samt att arbetet med uppföljning ännu pågår. Ekevägen 10 A har i samband med vårt digitala möte inkommit med lokal rutin samt förvaltningsgemensam rutin som båda beskriver hur verksamheten arbetar på enhetsnivå och individnivå med riskanalyser.

Ekevägen 10 A uppfyller kraven inom området då beskrivning visar hur arbetet med riskanalyser sker. Verksamheten kan redovisa vilka risker som identifierats under 2020, vilka åtgärder som identifierats, vilka åtgärder som följts upp samt effekt. Verksamhetens rutiner beskriver hur systematiskt arbete med riskanalyser på både individ- och enhetsnivå genomförs.

### **Ledningssystem för kvalitet -Egenkontroller**

Enligt SOSFS 2011:9 ska verksamheten regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten för att på ett systematiskt sätt följa upp och utvärdera verksamheten samt kontrollera att den egna verksamheten följer lagar, föreskrifter och styrdokument i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Enligt överenskommelsen ska utföraren vid behov eller minst en gång per år ha genomfört egenkontroll av följsamhet till riktlinjen inom basal hygien, krav inom området dokumentation och förvaring samt avvikelseprocessen i enlighet med riktlinjen.

Inför uppföljningen ombads Ekevägen 10 A att inkomma med en beskrivning av hur verksamheten arbetar med egenkontroller. Beskrivningen skulle även innehålla en sammanställning av vilka egenkontroller som genomförts det senaste året, vilka brister som eventuellt identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur verksamheten följt upp åtgärderna och dess effekt.

Vi har granskat verksamhetens beskrivning och sammanställning av egenkontroller genomförda under 2020 som visar inom vilka områden som brister identifierats. Verksamheten beskriver att egenkontroller genomförs två gånger per år i kvalitetsledningssystemet QPR, vilka enhetschef ansvarar för. Verksamheten beskriver att brister identifierats inom områdena målplaner för de boende och personalkompetens. Verksamheten beskriver vilka åtgärder som planerats för att åtgärda bristerna. Då arbete ännu pågår för att åtgärda bristerna kan verksamheten i nuläget inte beskriva effekterna av åtgärderna. Verksamheten beskriver att handlingsplaner skapas för de områden där brister identifierats och att egenkontroller tas upp på APT och planeringsdagar under året.

Ekevägen 10 A uppfyller kraven inom området då verksamheten har genomfört de egenkontroller som krävts i överenskommelsen inom hygien, dokumentation och avvikelseprocessen. Verksamheten kan beskriva hur systematiskt arbete med egenkontroller genomförs. Verksamheten har inkommit med en sammanställning över genomförda egenkontroller 2020 som visar inom vilka områden egenkontroll genomförts, vilka brister som identifierats och vilka åtgärder verksamheten har arbetat med.

### **Fadder**

Enligt överenskommelsen ska den enskilde garanteras att få en fadder. Fadder ska vara känd för den enskilde och dennes anhörig. Den enskilde ska ha möjlighet att byta fadder. Utföraren ska enligt överenskommelsen ha en rutin eller beskrivning över personalens ansvar som fadder.

Inför uppföljningen ombads Ekevägen 10 A att inkomma med rutin eller beskrivning av personalens ansvar som fadder.

Vi har granskat rutin för fadderskap som beskriver fadderns ansvar och uppdrag samt att den boende ska ha minst två faddrar. Om en boende eller utsedd fadder inte tycker det fungerar försöker verksamheten få till en fungerande lösning. Verksamheten beskriver att det finns två eller tre faddrar per boende. Fadderskapet följs upp på APT, brukarmöten och i utvecklingssamtal med medarbetare. Boendepedagog har stort ansvar att stötta faddrarna. Vid missnöje kan boende byta fadder, ofta tar de boende direkt kontakt med enhetschef i frågor som berör personalen.

Ekevägen 10 A uppfyller kraven inom området enligt överenskommelsen då verksamhetens rutin beskriver fadders ansvar. Verksamheten erbjuder de boende möjlighet att byta fadder.

### **Anhörigstöd**

Enligt överenskommelsen ska utföraren informera om och förmedla kontakt med kommunens Anhörigcentrum. Utföraren ska ha en rutin för anhörigstöd. Inför uppföljningen ombads Ekevägen 10 A att inkomma med rutin för att stödja anhöriga.

Vi har granskat rutin för anhörigstöd som beskriver att medarbetare ska upplysa anhöriga om möjligheten till stöd från Anhörigcentrum, informera om och visa hur anhöriga kommer i kontakt med Anhörigcentrum och vid behov hänvisa till informationsmaterial. Verksamheten beskriver sitt arbete med anhörigstöd, utifrån behov och vilja från de boende.

Ekevägen 10 A uppfyller kraven inom området enligt överenskommelsen då verksamheten har en rutin för anhörigstöd samt informerar och förmedlar kontakt med kommunens Anhörigcentrum.

### **Läkemedelshantering**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37 och ha säkra rutiner som följer Örebro kommun och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för läkemedelshantering.

Inför uppföljningen ombads Ekevägen 10 A att inkomma med lokal rutin för läkemedelshantering.

Vi har granskat rutinen som bedöms uppfylla kraven inom området enligt överenskommelsen, då rutinen beskriver hur verksamheten hämtar ut och transporterar läkemedel till boendet på ett säkert sätt. Rutinen beskriver hur verksamheten i sina lokaler möjliggör för att kunna låsa in och förvara läkemedel som inte lämnas ut direkt till boende.

### **Hygien och smittskydd**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommun och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument samt Arbetsmiljöverkets och Socialstyrelsens föreskrifter inom området. Utföraren ska tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial till personalen i den utsträckning som behövs.

Inför uppföljningen ombads Ekevägen 10 A att inkomma med en beskrivning av hur arbete med egenkontroller av hygien genomförs.

Vi har granskat verksamhetens beskrivning som visar att egenkontroller genomförts under 2020 inom tre områden för hygien, det fanns inte några brister. Verksamheten beskriver att hygien tas upp på APT minst en gång per år, det har varit aktuellt till följd av pandemin, att påminna varandra om hygienrutiner och vikten av att följa dessa. Frågeformuläret lätt att göra rätt används som stöd. Arbetskläder finns enligt beskrivning i verksamheten sedan ett år tillbaka, tvätten skickas på cirkulationstvätt. Skyddsutrustning har enligt beskrivning använts under pandemin.

Utifrån det vi har granskat uppfyller Ekevägen 10 A kraven inom området då egenkontroller inom området som kravställs i överenskommelsen har genomförts och verksamheten kan beskriva hur systematiskt arbete med hygien och smittskydd genomförs. Verksamheten beskriver att arbetskläder, skyddsutrustning och engångsmaterial tillhandahålles.

### **Påpekande**

Nedanstående brist har föranlett ett påpekande och ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

### **Social dokumentation**

Enligt överenskommelsen ska utföraren dokumentera händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet. Den som utför en insats hos den enskilde är den som ska anteckna i verkställighetsjournal. Utföraren ska ha en beskrivning av hur verksamheten säkerställer att dokumentation sker enligt kraven samt hur ansvarsfördelning för stöd och handledning till personal ser ut.

Inför uppföljningen ombads Ekevägen 10 A att inkomma med en beskrivning av hur verksamheten säkerställer att dokumentation sker i enlighet med krav, hur ansvarsfördelningen för stöd och handledning till personal ser ut samt beskrivning av hur verksamheten arbetar med egenkontroll för dokumentation. Verksamheten inkom med en rutin för genomförandeplaner och beskrivning av vilka områden där egenkontroll genomförts.

Ekevägen 10 A brister i krav inom området enligt överenskommelsen, då granskning av samtliga boendes verkställighetsjournal för perioden 2020-07-01 till 2021-01-21 visade att det saknades anteckningar om upprättande eller uppföljning av genomförandeplan för samtliga boende förutom vid ett tillfälle. Detta är att betrakta som avsaknad av en händelse av betydelse och faktiska omständigheter. Verksamhetens rutin för genomförandeplan uppger att personal ska dokumentera uppföljning och uppdatering av genomförandeplan i journalen. Ekevägen 10 A ska arbeta i enlighet med överenskommelsen och i kommande års kvalitetsberättelse beskriva hur verksamheten arbetat för att säkerställa att anteckningar om upprättande eller uppföljning av genomförandeplaner görs.

Ekevägen 10 A uppfyller krav inom övriga delar som följts upp inom området i enlighet med överenskommelsen. Verksamhetens rutin beskriver arbetet med dokumentation, genomförandeplaner, målplaner och rutinbeskrivningar. Rutinen beskriver även arbetet med handlingsplan, levnadsberättelse och samverkansplan vid behov. Rutinen innehåller ansvarsfördelning för stöd och handledning till personal. Ekevägen 10 A har genomfört egenkontroller inom dokumentation under 2020. Granskning av samtliga boendes verkställighetsjournal för de senaste 6 månaderna visar att anteckningar förts med respekt för den enskilde. Det framgår att det är personal som utfört insats hos den enskilde som har dokumenterat.

### **Brister i kvalitetskrav**

Resultatet av uppföljningen visar att Ekevägen 10 A brister i kvalitetskrav. Nedan redovisas de brister som föranlett beslut om åtgärdsplan.

#### **Ledningssystem för kvalitet**

##### **-Samverkan**

Det ska enligt SOSFS 2011:9 framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Utföraren ska enligt överenskommelsen ha en rutin som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner. Rutinen ska även innehålla en beskrivning av vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används. Rutinen ska beskriva hur samverkan sker med LSS/SoL-handläggare, legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård, legitimerad personal inom Region Örebro län, socialtjänsten och eventuella andra aktörer.

Inför uppföljningen ombads Ekevägen 10 A att inkomma med rutin för intern och extern samverkan.

Ekevägen 10 A uppfyller den del i kravet som berör intern samverkan. Detta då verksamheten i sin rutin beskriver arbets sätt som används samt vilka forum för intern samverkan som används. Däremot saknas det en beskrivning av hur extern samverkan sker mellan olika samverkansparter, vilket medför att verksamheten inte uppfyller kravet på samverkan enligt överenskommelsen och brister inom området. Ekevägen 10 A beskriver vid intervju externa samverkansparter och hur samverkan sker med dessa.

Ekevägen 10 A ska i åtgärdsplan beskriva hur verksamheten ska arbeta för att åtgärda bristen samt inkomma med rutin som beskriver hur samverkan sker externt.

### **Ledningssystem för kvalitet**

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

Enligt överenskommelsen ska utföraren utöver kraven inom SOSFS 2011:9 följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska ha rutiner som beskriver hur den enskilde och anhöriga kan lämna klagomål och synpunkter samt hur ni informerar personal om rapporteringsskyldigheten vid anställning och minst en gång årligen.

Inför uppföljningen ombads Ekevägen 10 A att inkomma med rutin för klagomål och synpunkter, där innehållet skulle stämma överens med Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Ekevägen 10 A ombads även att inkomma med en beskrivning av hur verksamheten arbetar med egenkontroller för avvikelseprocessen samt en sammanställning av antal avvikelser registrerade i avvikelsemodulen för de senaste 12 månaderna. Sammanställningen skulle innehålla de vanligaste avvikelsetyperna, orsakerna, åtgärderna och åtgärdernas effekt.

Vi har granskat verksamhetens sammanställning, beskrivning och rutin. Ekevägen 10 A uppfyller delar av kraven inom området då verksamhetens rutin beskriver hur arbete sker med tillämpning av riktlinjen för hantering av klagomål och synpunkter, hur återkoppling vid klagomålshandling sker och hur verksamheten samverkar vid avvikelshantering då fler yrkeskategorier är involverade i en händelse och utredning. Ekevägen 10 A har under 2020 genomfört egenkontroll som berör avvikelseprocessen.

Vi kan vid granskning se att en synpunkt finns registrerad under de senaste 12 månaderna i avvikelsemodulen i Treserva. Eftersom det inte finns fler klagomål eller synpunkter registrerade kan vi inte bedöma om verksamheten följer processen för hantering av synpunkter och klagomål. Vi kan därför inte heller bedöma om verksamheten arbetar systematiskt med synpunkter och klagomål.

Vi har den 20 januari 2021 granskat avvikelser i Treserva för hela året 2020 i enlighet med följsamhet till riktlinjen. Det saknas underlag för att bedöma verksamhetens följsamhet till riktlinjen, då vår granskning visade att det av 18 registrerade avvikelser under 2020 endast fanns två där processens samtliga steg var fullföljda. Granskningen visade att det endast var fyra avvikelser där verksamheten gått vidare i processen till stegen åtgärda och följa upp i vilka det



saknas anteckningar som beskriver åtgärden eller hur verksamheten har följt upp eller bedömt åtgärdens effekt. Ekevägen 10 A beskriver vid intervju att verksamheten haft problem då sjuksköterska som behöver vara involverad för att fullfölja avvikelserprocessen avslutat sin anställning och samverkan sker med sjuksköterskeorganisationen för att åtgärda problemet.

Ekevägen 10 A brister i krav inom området då verksamheten inte i enlighet med riktlinjen fullföljer processen kring avvikelshantering. Ekevägen 10 A ska i åtgärdsplan beskriva hur verksamheten ska arbeta för att säkerställa att hela processen enligt gällande riktlinje följs för att genomföra samtliga steg i avvikelserprocessen, samt hur verksamheten ska säkerställa att samverkan sker med legitimerad personal.

### **Ledningssystem för kvalitet**

#### **-Rapporteringskyldighet, missförhållande och vårdskada**

Enligt överenskommelsen ska utföraren utöver kraven i SOSFS 2011:9 ha en rutin som beskriver hur utföraren hanterar och rapporterar händelser enligt anmälningsskyldigheten. Rutinen ska omfatta händelser som medfört eller skulle kunna medföra missförhållande eller vårdskada.

Inför uppföljningen ombads Ekevägen 10 A att inkomma med rutiner för information till personal samt rapportering av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada eller missförhållande.

Ekevägen 10 A har inkommit med riktlinje för lex Sarah från 2015 för vård och omsorgsförvaltningen. Verksamheten beskriver i intervju att det saknas en lokalt anpassad rutin för verksamheten och hänvisar till årshjul där verksamheten har en plan för hur medarbetare informeras 2 ggr årligen.

Ekevägen 10 A brister i krav inom området enligt överenskommelsen då verksamheten saknar en rutin för rapportering av missförhållande eller vårdskada. Riktlinjen som inkommit bedöms inte vara en rutin som kan överföras direkt till verksamheten.

Ekevägen 10 A ska i åtgärdsplan beskriva hur verksamheten ska arbeta för att åtgärda bristen samt inkomma med rutin för hur verksamheten hanterar och rapporterar händelser som har medfört eller skulle kunna medföra missförhållande eller vårdskada. Rutinen ska även beskriva hur personalen informeras om rapporteringskyldigheten.

### **Uppdraget**

#### **-Fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder**

Enligt överenskommelsen ska utföraren ha en rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder från legitimerad personal inom Örebro kommun eller Region Örebro län tas emot och planeras för. Utföraren ska säkerställa att åtgärderna blir kända för personal och utförda enligt instruktioner.

Inför uppföljningen ombads Ekevägen 10 A att inkomma med en rutin för hur verksamheten arbetar med att ta emot, planera för, genomföra och dokumentera de hälso- och sjukvårdsinsatser som fördelats och delegerats av legitimerad personal.

Vi har granskat rutin för arbete med vårdplaner som beskriver att personal som jobbar när planen kommer, har ansvar för att kvittera, skriva ut och dokumentera planen i Treserva. Det framgår inte hur verksamheten praktiskt går till väga för att säkerställa att åtgärderna planeras för genomförande, vilket är en brist enligt överenskommelsen. Verksamheten beskriver i intervju att vårdplaner från Regionen kommer genom system för informationsöverföring mellan Region och kommun, att kommunal sjuksköterska kvitterar och sedan förmedlar åtgärden till verksamheten. Denna beskrivning saknas i verksamhetens rutin vilket är en brist enligt överenskommelsen.

Ekevägen 10 A brister i krav inom området då det inte framgår i rutin för vårdplaner hur verksamheten säkerställer att hälso- och sjukvårdsåtgärder som kvitterats i Treserva planeras för genomförande. Det saknas även hur verksamheten tar emot och planerar för genomförande av åtgärder från Region Örebro län.

Ekevägen 10 A ska i åtgärdsplan beskriva hur verksamheten ska arbeta för att åtgärda bristen. Ekevägen 10 A ska inkomma med rutin som utöver nuvarande innehåll även ska beskriva hur verksamheten säkerställer att hälso- och sjukvårdsåtgärder som fördelats och delegerats från legitimerad personal inom Örebro kommun eller Region Örebro län tas emot och planeras för genomförande.

### **Individuell planering, delaktighet och genomförandeplan**

Enligt överenskommelsen ska den enskildes synpunkter, önskemål och delaktighet framgå av genomförandeplanen samt i den sociala dokumentationen. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande över hur insatser som ges ska utformas. Genomförandeplanen ska beskriva den enskildes vård- och omsorgsinsatser, vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut samt vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet.

Genomförandeplanen ska alltid följas upp vid förändringar av den enskildes behov eller minst var 6:e månad. Utföraren ska ha en rutin för upprättande och uppföljning av genomförandeplaner.

Inför uppföljningen ombads Ekevägen 10 A inkomma med rutin för upprättande och uppföljning av genomförandeplaner.

Vi har granskat verksamhetens rutin för genomförandeplaner. Rutinen beskriver hur verksamheten säkerställer att dokumentation i olika delar av genomförandeplaner sker, samt hur ansvarsfördelningen för stöd och handledning till personal ser ut. Vår bedömning är att verksamhetens rutin uppfyller krav inom området då rutinen beskriver hur verksamheten arbetar med att upprätta och följa upp genomförandeplaner.

Vi har granskat om samtliga boende har aktuella genomförandeplaner. Ekevägen 10 A uppfyller krav inom denna del av överenskommelsen att en genomförandeplan för att vara aktuell ska vara uppföljd inom 6 månader.

Vi har granskat dokumentationen för samtliga boende för perioden 2020-07-01 till 2021-01-21. Vi har endast inkluderat aktuella genomförandeplaner för perioden i granskningen. Följande områden i överenskommelsen har granskats utifrån denna dokumentation: individuell planering, delaktighet, omvårdnad, mat och måltider, aktiv och meningsfull tillvaro. Inom respektive område har vi granskat följande: framgår mål för insatsen enligt nämndens beslut samt mål för aktiviteter, om det framgår vilket behov av stöd den enskilde har samt hur stödet ska genomföras. Vi har även granskat om det framgår om den enskilde varit delaktig och på vilket sätt vid upprättande av genomförandeplan samt om det framgår hur den enskilde vill bli bemött eller har behov av att bemötas.

#### Individuell planering

Granskningen visade att det saknas mål för insatsen bostad med särskild service i enlighet med nämndens beslut i samtliga boendes genomförandeplaner.

#### Omvårdnad

Granskningen visade att det finns genomförandeplaner för samtliga boende som beskriver vilket stöd de behöver och hur stödet ska genomföras inom området omvårdnad. Det beskrivs i genomförandeplaner för två av de boende vilket behov de har av stöd under natten. Det saknas mål för aktiviteter inom området omvårdnad i genomförandeplaner för fyra av de boende.

#### Mat och måltider

Granskningen visade att det finns genomförandeplaner som berör området mat och måltid för fem av de boende som beskriver vad som ska utföras och i vilken ordning. Det var svårt att utläsa vilket stöd de boende behöver när det gäller mat och måltid då innehållet mestadels beskriver inköp eller matlagning. Det saknas mål för aktiviteter inom området mat och måltid i samtliga genomförandeplaner.

#### Aktiv och meningsfull tillvaro

Vår granskning visade att mål för aktiviteter inom området aktiv och meningsfull tillvaro endast beskrivs i en genomförandeplan för en av de boende. För sex av de boende saknas beskrivning av vilket stöd de boende behöver och hur stödet ska genomföras.

#### Delaktighet

Utifrån resultat av vår granskning kunde vi se att genomförandeplaner som berör området omvårdnad innehöll dokumentation om den boendes delaktighet för sex av de boende, inom området mat och måltid för tre av de boende samt inom området aktiv och meningsfull tillvaro för fyra av de boende.

#### Bemötande

Utifrån resultat av vår granskning kunde vi se att samtliga genomförandeplaner inom området omvårdnad innehöll dokumentation om hur de boende vill bli

bemötta. Inom området mat och måltid och inom området aktiv och meningsfull fritid framgick det i genomförandeplaner för tre av de boende.

Vår sammantagna bedömning vid granskning av genomförandeplaner utifrån ovanstående områden är att Ekevägen 10 A brister i kraven inom området. Genomförandeplaner anger inte vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut, eller i tillräcklig utsträckning vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet. Den enskildes delaktighet, eller hur den enskilde vill bli bemött finns inte beskrivet i samtliga aktuella genomförandeplaner.

Ekevägen 10 A ska i åtgärdsplan beskriva hur verksamheten ska arbeta för att åtgärda bristerna och säkerställa att det i de boendes genomförandeplan framkommer mål såväl från nämnds beslut samt för varje aktivitet. Ekevägen 10 A ska beskriva hur verksamheten ska arbeta för att säkerställa att den enskildes delaktighet och hur den enskilde vill bli bemött framgår i upprättade genomförandeplaner.

### **Skydds- och begränsningsåtgärder**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa riktlinjer och styrdokument för skydds- och begränsningsåtgärder. Om verksamheten väljer en åtgärd som innebär en begränsning ska det framkomma i dokumentationen vad som är syftet och hur verksamheten har riskbedömt åtgärden för den enskilde. Samtycke ska finnas dokumenterat.

Inför uppföljningen ombads Ekevägen 10 A att inkomma med en sammanställning av hur verksamheten de senaste 12 månaderna arbetat med skydds- och begränsningsåtgärder inom LSS enligt länsövergripande riktlinje. Ekevägen 10 A beskriver att det inte förekommer någon skydds- eller begränsningsåtgärd, förutom en mobil som enligt verksamheten frivilligt låses in under nattetid.

Vi har i vår granskning av verkställighetsjournaler för samtliga boende för de senaste 6 månaderna sett att det förekommer skydds- och begränsningsåtgärder i form av inlåsning av cigaretter, snus, mobil, knivar och saxar. Vi kan inte se om syfte, riskbedömning eller samtycke finns dokumenterat för åtgärderna. Det finns en genomförandeplan som innehåller mål för en av de boende, där det handlar om att begränsa intaget av snus, i planen framgår den enskildes delaktighet. Vi kan inte se om åtgärden har riskbedömts eller om samtycke har dokumenterats. Verksamheten beskriver vid intervju att diskussion sker i personalgruppen inom området, att verksamheten behöver värdera och avgöra om en åtgärd är en skydds- eller begränsningsåtgärd.

Ekevägen 10 A brister i krav inom området då vår granskning identifierade skydds- och begränsningsåtgärder för vilka det saknas dokumenterat syfte, riskbedömning eller samtycke. Även om en åtgärd genomförs frivilligt från den enskilde ska verksamheten följa den länsövergripande riktlinjen och dokumentera syfte, riskbedömning och samtycke.

Ekevägen 10 A ska i åtgärdsplan beskriva hur verksamheten ska arbeta för att säkerställa att arbete sker enligt länsövergripande riktlinje. Ekevägen 10 A ska dokumentera riskbedömningar och samtycke om skydds- och begränsningsåtgärder förekommer. Ekevägen 10 A ska inkomma med en sammanställning över aktuella skydds- och begränsningsåtgärder samt beskrivning av om riskbedömning och samtycken för åtgärderna har dokumenterats. Om åtgärder som identifierats vid granskning inte längre förekommer ska detta redovisas.

## 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. Uppföljningen har även innefattat ett digitalt möte med verksamheten.

### Underlag för bedömning:

- Intervju vid digitalt möte 17 februari, deltagare från verksamheten: avdelningschef, enhetschef samt medarbetare
- Synpunkter och klagomål i Treserva eller W3D3 för senaste 12 månaderna
- Avvikelser i systemet Treserva för senaste 12 månaderna
- Verkställighetsjournal och aktuella genomförandeplaner för samtliga boende i Treserva för de senaste 6 månaderna.
- Rutiner, beskrivningar eller sammanställningar som inkommit.

Malin Paulsson  
Avtalscontroller  
Enheten för Uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun