

Uppföljning av kvalitetskrav

Bostad med särskild service

Utförare: Örebro kommun, Frimärksgatan 3-13

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. 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.

Frimärksgatan 3–13

Frimärksgatans gruppbostad har funnits sedan 1994. Flera av de boende har bott där länge, nästan sedan starten. Personalgruppen består av sex medarbetare, verksamheten har sovande jour under natten. Gruppboستaden ligger i närhet till Karlslundsskogen, det finns gemensam inhägnad gård och flera av de boende har egna uteplatser. Inne på gruppboendet finns förutom lägenheter, ett gemensamt vardagsrum, personalutrymmen samt tvättstuga.

Bedömning

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Frimärksgatan 3–13 ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast 2021-09-24 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

- **Ledningssystem för kvalitet**
 - Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter
 - Utredning av rapporteringsskyldighet, missförhållande och vårdskada
- **Dokumentation och förvaring**
 - Individuell planering, delaktighet och genomförandeplan
 - Social dokumentation
- **Skydds- och begränsningsåtgärder**
- **Hygien och smittskydd**

Med anledning av ovanstående brister ska ni även skicka in följande handlingar:

- **Rutin** för hur den enskilde och anhöriga ges möjlighet att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt inom enheten, samt hur de kan lämna klagomål och synpunkter direkt till kommunen.
- **Rutin** som beskriver hur medarbetare informeras om rapporteringsskyldighet.
- **Sammanställning** över aktuella skydds- och begränsningsåtgärder och särskilt de som enheten för uppföljning identifierat vid granskning. I sammanställningen ska ni redovisa om riskbedömning och samtycken för åtgärderna har dokumenterats. Om åtgärder som identifierats vid granskning inte längre förekommer ska detta redovisas.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast 2021-10-22

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning där vi granskar inkomna handlingar. Efter 2021-10-22 kommer vi att granska genomförandeplaner för att säkerställa att mål framkommer för insatser utifrån nämnds beslut såväl som mål för varje insats. Vi

kommer även granska verkställighetsjournaler för att säkerställa att händelser av betydelse och faktiska omständigheter journalförs.

Om brister kvarstår vid en resultatuppföljning kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner i enlighet med gällande överenskommelse.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Enligt SOSFS 2011:9 ska det 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 innehålla en beskrivning av vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används. Rutinen ska också 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 Frimärksgatan 3–13 att inkomma med rutin för intern och extern samverkan.

Vi har granskat den inskickade rutinen som tar upp både samverkan med individen samt intern och extern samverkan. Samverkan som berör individen samt intern samverkan bedöms som tydligt beskrivet och det framgår i vilka processer, samt hur samverkan sker. I rutinens beskrivning av extern samverkan framkommer det också tydligt med vilka externa samverkanspartners som samverkan sker, samt på vilket sätt och i vilka forum.

Bedömningen utifrån ovanstående granskning är att Frimärksgatan 3–13 uppfyller kraven för punkten samverkan.

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 Frimärksgatan 3–13 att inkomma med en beskrivning av hur ni 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 ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Vi har granskat er inskickade beskrivning och sammanställning.

Ni har beskrivit och redovisat att riskanalyser görs en gång per år eller vid behov. Enligt beskrivning finns det sju pågående riskanalyser på individnivå som omfattar fyra servicemottagare. Risker samt åtgärder för riskanalyserna är beskrivna, och en uppföljning av en av de identifierade riskerna har gjorts och effekt finns beskriven.

På verksamhetsnivå beskriver ni att riskanalys för Covid 19 genomfördes i mars. Risker, åtgärder och effekter har beskrivits. Risker som framkommit är till exempel ökad stress hos personal samt konflikter på arbetsplatsen, där åtgärder är att försäkra sig om god vikariatillgång, ha uppdaterade rutinbeskrivningar samt tydliggöra information i flera kanaler.

Sammantaget kan konstateras att både individens perspektiv samt personalperspektiv beaktats och beskrivits i riskanalyserna. Ni har kunnat påvisa hur ni på ett systematiskt sätt arbetar med riskanalyser för att förbättra verksamheten. Utifrån detta bedöms Frimärksgatan 3–13 uppfylla kraven för punkten riskanalyser.

Ledningssystem för kvalitet **- Egenkontroller**

Enligt SOSFS 2011:9 ska ni regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten för att på ett systematiskt sätt följa upp, utvärdera, samt kontrollera att den egna verksamheten följer lagar, föreskrifter och styrdokument i syfte att säkra kvaliteten. 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 Frimärksgatan 3 – 13 att inkomma med en beskrivning av hur ni arbetar med egenkontroller. Beskrivningen skulle också innehålla en sammanställning av vilka egenkontroller som genomförts det senaste året, vilka brister som eventuellt identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Ni redovisar att egenkontroller utförs regelbundet, minst en gång per år, samt att egenkontroller inom områdena SOL, LSS och HSL har genomförts. Ni beskriver att ni har identifierat brister vid utförd egenkontroll av dokumentation. De identifierade bristerna gäller främst den löpande dokumentationen samt uppföljning av genomförandeplaner. Sedan bristerna identifierades görs enligt enhetschef uppföljningar av genomförandeplaner, påvisad effekt är att dokumentation nu utförs i större omfattning men arbetet pågår fortfarande. Enligt redovisad egenkontroll behöver även verksamheten bli bättre på att få de enskilda individerna att känna sig delaktiga i utformandet av genomförandeplaner samt förstå innehållet i dem. Brister inom området avvikelser har också identifierats, där det beskrivs att avvikelser behöver rapporteras in och utredas, då så inte alltid är fallet i dag. Ni har vidtagit åtgärder i form av information om processen samt syfte med avvikelser, och förbättringsarbete pågår. Vid intervju framkommer att ni inte genomfört egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen samt hygien.

Den samlade bedömningen är dock att Frimärksgatan 3–13 uppfyller kraven inom området då ni arbetar systematiskt med egenkontroller och utvärdering av den egna verksamheten. Att egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen samt hygien inte gjorts tas upp och bedöms vidare under punkten utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter, respektive punkten hygien och smittskydd.

Fadderskap

Enligt överenskommelse för bostad med särskild service ska den enskilde garanteras att få en fadder och ha möjlighet att byta denne om så önskas. Rutin eller beskrivning över personalens ansvar som fadder ska finnas.

Utifrån de delar inom området som vi granskat uppfyller ni kraven utifrån er beskrivning att varje servicemottagare har utsedd fadder och att det finns möjlighet att byta fadder

om så skulle önskas. Ni redovisar även en rutin för fadderskap där personalens ansvar som fadder beskrivs.

Anhörigstöd

Enligt överenskommelse för bostad med särskild service ska ni informera om och förmedla kontakt med Anhörigcentrum, samt ha en rutin för att stödja anhöriga.

Utifrån de delar inom området som vi granskat uppfyller ni kraven då ni har en rutin för anhörigstöd som bland annat beskriver att personal ska informera om, och vid behov hjälpa till att förmedla kontakt med Anhörigcentrum.

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 Frimärksgatan 3 - 13 att inkomma med en rutin för hur ni arbetar med att ta emot, planera för, genomföra och dokumentera de hälso-och sjukvårdsinsatser som fördelats och delegerats av legitimerad personal.

Rutinen som ni inkommit med beskriver hur personal tar emot, rapporterar och dokumenterar de fördelade och delegerade åtgärder som kommer från kommunal sjuksköterska och arbetsterapeut samt från Regionens fysioterapeut. Rutinen beskriver också hur verksamheten dokumenterar i system om åtgärden fördelats av sjuksköterska eller arbetsterapeut inom kommunen, samt manuellt om åtgärden fördelats från fysioterapeut från Regionen. Ni beskriver även att rutinen ska gås igenom med medarbetare under 2021, samt att behov av förbättringsarbete med att dokumentera i vårdplaner har identifierats genom egenkontroller. Förbättringsarbetet beskrivs ha påbörjats.

Bedömningen är att Frimärksgatan 3 – 13 uppfyller krav inom området enligt överenskommelsen då rutinen beskriver hur personal tar emot, planerar och ser till att åtgärderna blir kända av den personal som ska utföra dem. Det framgår hur ni går till väga för att säkerställa vilken hälso- och sjukvård som ska utföras, när, på vilket sätt och av vem. Rutinen omfattar även åtgärder som överläts av Regionens legitimerade personal.

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 Frimärksgatan 3 - 13 att inkomma med lokal rutin för läkemedelshantering.

Ni har inkommit med efterfrågad rutin som beskriver hur personal hämtar läkemedel på apotek. Rutinen innehåller egenkontroll för översyn och skötsel av läkemedelsförråd samt beskriver hur verksamheten hämtar ut och transporterar läkemedel till boendet på ett säkert sätt. Ni beskriver att rutinen är lokal för enheten och upprättad tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Enligt er beskrivning förvaras alla läkemedel i låsta skåp och endast delegerad personal har åtkomst till nycklarna till skåpen.

Frimärksgatan 3–13 bedöms uppfylla kraven inom området enligt överenskommelsen, då ni har rutin som beskriver hur ni hämtar ut och transporterar läkemedel till boendet på

ett säkert sätt, och hur verksamheten i sina lokaler möjliggör för att kunna låsa in och förvara läkemedel som inte lämnas ut direkt till boende.

Brister i kvalitetskrav

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

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. Utföraren ska också minst en gång per år genomföra egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen enligt övergripande riktlinje.

Inför uppföljningen ombads Frimärksgatan 3–13 att inkomma med rutin för klagomål och synpunkter, där innehållet skulle stämma överens med Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Ni skulle även inkomma med en beskrivning av hur ni arbetar med egenkontroller för avvikelseprocessen, samt inkomma med en sammanställning av antal avvikelser som ni registrerat i avvikelsemodulen senaste 12 månaderna. Sammanställningen skulle också innehålla de vanligaste avvikelsetyperna, orsakerna och åtgärdernas effekt.

Ni har vid intervju informerat om att det finns inlagt i årshjul att egenkontroller ska göras minst en gång per år, men att egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen inte genomförts för 2020.

Vi har sökt efter klagomål registrerade i avvikelsemodulen i Treserva och inte hittat några registrerade klagomål eller synpunkter. Vid digitalt möte beskriver ni att det varit en lång tid utan inkomna klagomål eller synpunkter, och att det kan behöva göras en ny information direkt till anhöriga om hur de kan lämna synpunkter direkt till Örebro kommuns servicecenter.

Ni har inkommit med en rutin gällande klagomål och synpunkter som är förvaltningsövergripande inom Förvaltningen för funktionsstöd. Rutinen beskriver hur klagomål eller synpunkt tas emot, registreras, utreds, bedöms, åtgärdas och följs upp samt återkopplas. Ansvarsfördelning inom verksamheten framgår i rutinen. Ansvar för baspersonal, enhetschef och avdelningschef framgår.

Ni har inte redovisat rutin som beskriver hur den enskilde och anhöriga ges möjlighet att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt inom verksamheten eller direkt till kommunen.

Vi har inte kunnat genomföra en granskning av er följsamhet till avvikelseprocessen då underlaget är för litet. Ni har i er sammanställning över avvikelser redovisat endast tre avvikelser samt åtgärder och åtgärdernas effekt.

Bedömningen är att Frimärksgatan 3–13 brister i krav inom området då ni inte har genomfört egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen för 2020. Frimärksgatan 3–13 brister även i området då ni inte har rutin som beskriver hur den enskilde och anhöriga ges möjlighet att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt inom verksamheten eller direkt till kommunen. På grund av det låga antalet registrerade avvikelser kan vi inte göra någon bedömning av er följsamhet till avvikelseprocessen. Frimärksgatan 3–13 ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa följsamhet till den övergripande riktlinjen gällande klagomål, avvikelser och synpunkter, samt att

egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen genomförs minst en gång per år. för att säkerställa att samtliga steg i avvikelseprocessen följs enligt riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Ni ska även inkomma med rutin för hur den enskilde och anhöriga ges möjlighet att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt inom verksamheten eller lämna klagomål och synpunkter direkt till kommunen.

Ledningssystem för kvalitet

-Rapporteringsskyldighet, missförhållande och vårdskada

Enligt överenskommelsen ska utföraren utöver kraven i SOSFS 2011:9 ha en rutin som beskriver hur utföraren informerar personal om deras ansvar att rapportera händelser enligt riktlinjen.

Inför uppföljningen ombads Frimärksgatan 3–13 att inkomma med rutin för hur information ges till personal om ansvar att rapportera händelser. Rutinen har inte inkommit och vid intervju bekräftade ni att ni inte har en sådan rutin.

Ni beskriver i inskickat underlag att ni utgår från Riktlinje för rapportering av missförhållande. Enligt er beskrivning får samtliga medarbetare två gånger per år information om rapporteringsskyldigheten, samt att alla nya medarbetare via introduktionsutbildning får samma information.

Utifrån att Frimärksgatan 3–13 saknar rutin för hur medarbetare informeras om rapporteringsskyldigheten, uppfylls inte samtliga krav inom området enligt överenskommelsen. Ni ska därför inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni avser åtgärda bristen. Ni ska även inkomma med rutin som beskriver hur medarbetare informeras om rapporteringsskyldighet.

Dokumentation och förvaring

-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 sjätte månad. Utföraren ska ha en rutin för upprättande och uppföljning av genomförandeplaner.

Inför uppföljningen ombads Frimärksgatan 3–13 att inkomma med rutin för upprättande och uppföljning av genomförandeplaner. Rutinen som inkommit beskriver varför uppföljning ska ske, när, hur samt vem som ansvarar och hur uppdatering kommuniceras i arbetsgruppen. Ni beskriver att egenkontroll för dokumentation genomförts där brist gällande uppföljning av genomförandeplaner uppmärksammats. Sedan bristen identifierades görs enligt enhetschef uppföljningar av genomförandeplaner men förbättringsarbetet pågår fortfarande. Enligt redovisad egenkontroll behöver även verksamheten bli bättre på att få de enskilda individerna att känna sig delaktiga i utformandet av genomförandeplaner samt förstå innehållet i dem.

Vi kan vid granskning av samtliga servicemottagares genomförandeplaner upprättade mellan perioden 2020-11-01 till och med 2021-05-04, se att av fem servicemottagare är det fyra av dessa som har en aktuell genomförandeplan. I majoriteten av dessa fem genomförandeplaner framgår individens delaktighet i utformandet av insatser. Det framgår i samtliga planer hur stödet ska utföras, dock framkommer endast i en plan hur

stödet ska genomföras under hela dygnet. Stöd och insatser kring mat och måltider, bemötande, samt aktiv och meningsfull tillvaro framkommer i majoriteten av planerna. När det gäller mål för insats och mål för aktiviteter finns det för en individ en målplan för en aktivitet formulerad, och för ytterligare en individ finns två målplaner för två olika aktiviteter formulerade. I de övriga individernas genomförandeplaner saknas mål för aktiviteter. Mål för insats från nämnd framkommer inte heller i någon av genomförandeplanerna.

Bedömningen är att Frimärksgatan 3–13 uppfyller delar av krav inom området då ni har rutiner för upprättande och uppföljning av genomförandeplaner. Dock är det av vikt att rutinen efterföljs i verksamheten så att genomförandeplaner följs upp enligt överenskommelse, då detta är en brist som ni själva uppmärksammat vid egenkontroller. Det framkommer att förbättringsarbete pågår kring arbetet med genomförandeplaner.

Frimärksgatan 3–13 brister i krav inom området, då det inte framkommer mål för insatser utifrån nämnds beslut såväl som mål för varje insats. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att det framkommer mål för insatser från nämnd samt för varje aktivitet. Enheten för uppföljning kommer att genomföra en ny dokumentationsgranskning efter 2021-10-22.

Dokumentation och förvaring **-Social dokumentation**

Enligt överenskommelsen ska utföraren, förutom att följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, dokumentera händelser av betydelse samt utforma dokumentationen med respekt för den enskildes integritet. Den som utför en insats hos den enskilde är den som ska anteckna i verkställighetsjournal. Utföraren ska också genomföra egenkontroll av dokumentation, dokumentera utförande, samt den enskildes utveckling.

Inför uppföljningen ombads Frimärksgatan 3–13 inkomma med en beskrivning av hur ni arbetar för att säkerställa att dokumentation sker i enlighet med krav i överenskommelse, samt hur ansvarsfördelningen för stöd och handledning till personal ser ut. Ni ombads även inkomma med en beskrivning av hur ni arbetar med egenkontroll för dokumentation.

Ni beskriver att lokal rutin för uppföljning av genomförandeplan på Frimärksgatan finns framtagna och inskickad. Rutinen beskriver varför uppföljning ska ske, när, hur samt vem som ansvarar och hur uppdatering kommuniceras i arbetsgruppen. Ni beskriver även att ni jobbar för att alla ska läsa och dokumentera i verksamhetssystemet Treserva vid varje arbetspass. Egenkontroll inom dokumentation är genomförd och genomförs minst en gång per år. Det har framkommit av egenkontroller att det är svårt att följa den löpande dokumentationen och följa vad som händer servicemottagarna i vardagen. Enhetschef följer även dokumentationen och har påtalat att den har varit bristfällig och saknat en röd tråd. Frågan har tagits upp på flera möten med medarbetare. Inlånad boendepedagog stöttar i dokumentationsarbetet. Vid uppföljningar under våren 2021 säger sig verksamheten ha sett en positiv utveckling av dokumentation och frågan kommer fortsätta följas upp på verksamhet.

En dokumentationsgranskning har genomförts av samtliga fem servicemottagares verkställighetsjournaler förda mellan perioden 2020-11-01 till och med 2021-05-04. Granskningen visar att i samtliga journaler är dokumentationen förd med respekt för den enskildes integritet, samt att det är den personal som utfört insatsen hos den enskilde som dokumenterat i dennes verkställighetsjournal. När det gäller dokumentation av händelser av betydelse framkommer att det vid sju tillfällen förekommer uppehåll i den löpande dokumentationen. Samtliga av dessa har uppehåll som överstiger fjorton dagar

och två av dessa har uppehåll på en månad. Det finns heller inga noteringar om uppdaterade genomförandeplaner eller arbetet kring mål för individerna.

Bedömningen är att Frimärksgatan 3–13 till viss del uppfyller kraven inom punkten social dokumentation då ni kan redovisa att de systematiskt utför och arbetar med egenkontroller, dokumentationen är utförd med respekt för den enskildes integritet och att det är den personal som utfört insatsen som för journalanteckningar. Frimärksgatan 3–13 brister i punkten då det saknas dokumentation om händelser av betydelse och faktiska omständigheter i och med att det finns längre uppehåll i den sociala dokumentationen, och inga noteringar om uppdaterade genomförandeplaner eller arbete kring mål framkommer.

Frimärksgatan 3–13 ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att händelser av betydelse och faktiska omständigheter som exempelvis uppföljning av genomförandeplan journalförs. Enheten för uppföljning kommer att genomföra en ny granskning av verkställighetsjournaler efter 2021-10-22.

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 Frimärksgatan 3–13 att inkomma med en sammanställning av hur ni de senaste 12 månaderna arbetat med skydds- och begränsningsåtgärder inom LSS enligt länsövergripande riktlinje. Ni beskriver att det inte förekommer någon skydds- eller begränsningsåtgärd. Ni beskriver dock planering av en tillfällig begränsning för en enskild med anledning av pandemin och risk för smittspridning. För denna åtgärd har samtycke inhämtats via närstående, enligt er sammanställning. Åtgärden har ännu inte behövts användas. Vi vill dock påtala att enligt övergripande riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder kan samtycke endast inhämtas från den enskilde.

Vi har i vår granskning av verkställighetsjournaler de senaste sex månaderna för samtliga servicemottagare, sett att det i fem fall förekommer begränsande åtgärder beskrivet i rutinbeskrivningar för två av servicemottagarna. Det framkommer vid granskning att två surfplattor förvaras inlåst, att det finns ett låst köksskåp i enskild lägenhet, ett låst skåp i allmänt kök, samt begränsning för en individ i att kontakta anhöriga på natten. Syfte, riskbedömning, samtycke samt uppföljning av de identifierade åtgärderna framkommer inte i någon dokumentation som enheten för uppföljning tagit del av för dessa två servicemottagare.

Frimärksgatan 3–13 brister i krav inom området då vår granskning identifierade skydds- och begränsningsåtgärder för vilka det saknas dokumenterat syfte, riskbedömning och samtycke. Därför ska ni i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att säkerställa att arbete sker enligt länsövergripande riktlinje. Ni ska också inkomma med en sammanställning över aktuella skydds- och begränsningsåtgärder och särskilt de som enheten för uppföljning identifierat vid granskning. I sammanställningen ska ni redovisa om riskbedömning och samtycken för åtgärderna har dokumenterats. Om åtgärder som identifierats vid granskning inte längre förekommer ska detta redovisas.

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. Utföraren ska också genomföra egenkontroll för hygien vid behov eller som minst en gång om året.

Inför uppföljning ombads ni inkomma med en beskrivning av hur arbete med egenkontroller av hygien genomförs.

Ni beskriver i ert inskickade underlag att det finns hygienombud på verksamheten, samt att hygienrund är planerad att genomföras, men att utifrån rådande läge med pandemin har ronden flyttats fram och är planerad att genomföras så snart det är möjligt. Ni beskriver även att ”Lätt att göra rätt”, är en egenkontroll som genomförs en gång per år och att ni utgår från Riktlinjen för basal hygien vid kommunal vård och omsorg, men att denna egenkontroll inte genomförts för 2020. All personal har enligt er beskrivning skrivit på basal hygienriktlinje inom kommunal vård och omsorg, och avstämningar görs på verksamheten kring vikten av att följa basal hygien, använda arbetskläder och skyddsutrustning

Vid intervju framkommer att ni inte genomfört egenkontroll av följsamhet till hygien för 2020. Ni bedöms därmed inte uppfylla krav inom området hygien och smittskydd. Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där ni ska redovisa hur ni ska säkerställa att egenkontroll av hygien görs enligt överenskommelse.

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 utföraren.

Underlag för bedömning:

- Intervju i samband med digitalt möte den 19 maj, deltagare var avdelningschef, enhetschef, boendestödare samt boendepedagog
- 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 de senaste sex månaderna.
- Dokumentation i form av granskning av samtliga boendes genomförandeplaner eller rutinbeskrivningar i Treserva för de senaste sex månaderna
- Rutiner och underlag som begärts av avtalscontroller inför uppföljning och rutiner eller underlag som inkommit i samband med digitalt möte.

Sandra Månstierna
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun