

# Uppföljning av kvalitetskrav

**Bostad med särskild service enligt LSS**

**Utförare: Landbotorpsallén 23, Örebro kommun**

## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Uppföljning sker enligt riktlinje för avtalsuppföljning av konkurrensutsatt verksamhet i Social välfärd (Sov 349/2018). Uppföljning sker även utifrån det 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.

Uppföljningen av kvalitetskraven syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

## Landbotorpsallén 23, Örebro kommun

Boendet ligger på Ladugårdsängen i Örebro, en byggnad i markplan med gemensam uteplats. De sex boende har egna uteplatser med utgång direkt från sin lägenhet. Gemensamma utrymmen finns för samvaro och möjlighet till måltider. Alla lägenheter har full utrustning förutom tvättstuga som endast finns gemensamt i byggnaden.

## Beslut

### Åtgärdsplan

Enheten för uppföljning beslutar att Landbotorpsallén 23 ska upprätta en åtgärdsplan. Utföraren ska senast den 15 juni 2020 skicka in åtgärdsplan till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se)

Bedömningen är att utföraren brister i följande kvalitetskrav:

- Ledningssystem för kvalitet
  - Samverkan
  - Riskanalyser
  - Utredning av avvikelser
- Dokumentation och förvaring
- Individuell planering och delaktighet
- Anhörigstöd
- Vård i livets slutskede
- Hygien
- Skydds- och begränsningsåtgärder

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

- Rutin för extern samverkan och lokal rutin för intern samverkan
- Lokal rutin för hur klagomål och synpunkter tas emot, utreds, åtgärdas, analyseras och sammanställs.

- Lokal rutin för kvittering och planering av genomförande av HSL-åtgärder som överläts i fördelade vårdplaner.
- Lokal rutin för anhörigstöd.
- Lokal rutin för personalplanering gällande behov av vak

Handlingarna ska vara inskickade till [eggetval@orebro.se](mailto:eggetval@orebro.se) senast den 15 juni 2020

Enheten för uppföljning kommer därefter att följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning.

## Bedömning

### Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

- Ledningssystem för kvalitet
  - Rapporteringskyldighet
- Omvårdnad, mat måltid och nutrition
- Aktiv och meningsfull tillvaro
- Bemötande
- Fadderskap

### Brister i kvalitetskrav som ska åtgärdas genom åtgärdsplan

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

- **Ledningssystem för kvalitet**
  - Samverkan

Ni brister i denna punkt då det vid granskning framkommer att ni inte kan redovisa att ni har rutiner för hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten samt mellan externa samarbetspartners.

Ni hänvisar vid intervju till en rutin för fadderskap där lokal samverkan ska framgå. I rutinen framgår vilka samarbetspartners verksamheten har, där beskrivs dock inte hur samverkan mellan dessa och verksamheten ska ske.

Det framkommer vid intervju att det inte finns några skriftliga samverkansrutiner inom verksamheten såsom rutin för rapportering mellan boendepersonal.

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).

Där framgår att fastställd rutin för samverkan ska finnas upprättad och att det i rutinen ska framgå ett bestämt tillvägagångssätt och hur ansvaret är fördelat i verksamheten. Det ska genom rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Ni ska inkomma med rutin för extern samverkan samt lokal rutin för intern samverkan. I rutinen ska också tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå.

- **Ledningssystem för kvalitet**

- Riskanalyser

Ni brister i denna punkt då ni inte kan påvisa hur ni arbetar systematiskt med riskanalyser på enhetsnivå.

Vid begäran av sammanställning av de riskanalyser som gjorts under det senaste året har ni inte kunnat redovisa detta. Vid intervju framkom det att ni inte gjort några riskanalyser på enhetsnivå under året. De riskanalyser som gjorts har endast varit på individnivå. Som anledning till att riskanalyser inte gjorts på enhetsnivå uppgav ni att det inte varit några förändringar i verksamheten under 2019. Senaste riskanalysen som gjordes var inför en värmebölja en sommar för två år sedan. Inför sommaren då fler vikarier än vanligt arbetar samt riskanalys för att bedöma patientsäkerhet då ni själva påtalat att samverkan med hälso- och sjukvårdspersonal inte fungerar, är båda exempel på när riskanalyser skulle kunnat vara lämpliga att genomföra.

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.

Ni ska i en åtgärdsplan redovisa hur ni kommer arbeta för att riskanalyser utförs systematiskt i verksamheten även på enhetsnivå.

- **Ledningssystem för kvalitet**

- Utredning av avvikelser

Ni brister i denna punkt då det vid granskning framkommer att ni inte arbetar systematiskt med att ta emot, registrera, utreda, åtgärda och analysera klagomål och synpunkter.

Granskning av avvikelser under det senaste året visar att det endast finns två registrerade avvikelser kring klagomål. De två registrerade avvikelserna berör dessutom samma person och samma händelse. Vid intervju framkommer att klagomål och synpunkter inte registreras utan mer ses som en dialog.

Ni brister även i denna punkt då ni inte har en lokal rutin för hantering av klagomål och synpunkter. Ni har skickat in en rutin för hantering av klagomål och synpunkter som är övergripande för Förvaltningen för sociala insatser.

Ni brister ytterligare i denna punkt då ni inte har säkerställt att samverkan sker med legitimerad personal i utredningsprocessen kring avvikelser.

Granskning av avvikelser i Tresa under det senaste året visar på totalt 13 avvikelser, de flesta berör utebliven/ glömd dos läkemedel. Flera är avslutade utan att processen är fullföljd, det vill säga att det sista steget ”åtgärda” och

”uppföljning” inte är ifyllt, och därav framgår det vid granskningen att samverkan med legitimerad personal kring dessa avvikelser inte gjorts.

Ni ska följa Riktlinje för avvikelse, klagomål och synpunkter. Enligt denna ansvarar chef för att upprätta en lokal rutin för den egna verksamheten. Verksamheten ansvarar 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. Er skyldighet att systematiskt ta emot, utreda och sammanställa klagomål och synpunkter framgår i SOSFS 2011:9.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att avvikelser såsom synpunkter och klagomål registreras enligt riktlinje, att samverkan sker med legitimerad personal för de avvikelser som berör hälso- och sjukvårdspunkter, samt att alla steg i avvikelseprocessen fullföljs. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av avvikelser genomföras.

Ni ska inkomma med en lokal rutin för hur klagomål och synpunkter från kunder och anhöriga tas emot, registreras, utreds, åtgärdas, analyseras och sammanställs. I rutinen ska även tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå.

- **Dokumentation och förvaring**

Ni brister i punkten dokumentation då granskning av samtliga av de boendes verkställighetsjournaler för det senaste året visar att det finns brister i den löpande dokumentationen, vilket gör det svårt att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen.

Granskning visar att det i endast 67% av verkställighetsjournalerna finns kontinuerliga anteckningar av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Noteringar om att genomförandeplaner gjorts eller uppdaterats saknas genomgående i dokumentationen. Det saknas för samtliga, noteringar om händelser kring större helgdagar samt att det är sparsamt beskrivet om det förekommer enskilda aktiviteter tillsammans med personal. Det syns inte heller mer än i enstaka fall om avvikelser har registrerats för händelser som borde kunnat medföra en avvikelse.

Vi ser även att social dokumentation för daglig verksamhet syns i samma verkställighetsjournal som verksamheten har. I vissa fall ser vi endast anteckningar förda av personal från daglig verksamhet för flera veckor, medan boendets personal inte dokumenterat händelser som även borde dokumenteras från boendets sida i journalföringen.

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. Er skyldighet att föra kontinuerliga anteckningar av händelser av betydelse framgår också i SOSFS 2011:9 4 kap. 7–9§

Ni ska i de boendes verkställighetsjournaler dokumentera händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid.

Ni ska i er åtgärdsplan beskriva arbetet med att åtgärda denna brist. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Rutin för överlätna HSL-insatser är inte inskickat. Enligt metodstöd för vårdplaner ska lokal rutin finnas för kvittering och planering av genomförandet av HSL-åtgärder.

Ni ska inkomma med en lokal rutin för kvittering och planering av genomförande av HSL-åtgärder som överlåtits i fördelade vårdplaner.

- **Individuell planering och delaktighet**

Ni brister i punkten individuell planering och delaktighet då det vid granskning av samtliga genomförandeplaner för det senaste året framkommer att mål inte är formulerade i majoriteten av genomförandeplanerna. Granskning visar att av 190 rutinbeskrivningar framgår mål i 8 av dessa.

Vad den enskilde önskar, tycker om eller är bra på framgår inte på ett samlat sätt i någon plan och därav blir det svårt att utläsa den enskildes individualitet i planeringen. Vid granskning framkom även att av de rutinbeskrivningar som utgör en del av genomförandeplanen finns det flertalet dubletter, då flera av de äldre rutinbeskrivningarna inte är avslutade vid uppdatering av genomförandeplanen. Detta medför att det är svårt att avgöra vilka rutinbeskrivningar som är aktuella. då det finns flera med samma namn inom en 6 månaders period.

Enligt 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
- 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 genomförandeplaner framkommer mål såväl från nämnds beslut samt för varje aktivitet som beskrivs. Ni ska beskriva hur ni ska säkerställa att det i genomförandeplanerna framgår vilken hänsyn som har tagits till den enskildes synpunkter/önskemål så att dennes individualitet går att utläsa i planen. Samt även beskriva hur ni ska säkerställa att det är tydligt vilka planer för de boende som är aktuella.

- **Anhörigstöd**

Ni brister i punkten anhörigstöd då det vid granskning framkom att verksamheten inte har någon enskild lokal rutin för anhörigstöd.

Det framkommer vid granskning av anhörigstöd i verksamheten att det nämns i rutinen för fadderskap att fadder ansvarar för att ge information till anhöriga om

deras möjlighet till stöd och samtal hos Anhörigcentrum enligt Riktlinje för stöd till anhöriga. I övrigt finns ingen rutin som beskriver hur anhöriga ska stödjas.

Enligt Örebro kommuns förfrågningsunderlag för drift av LSS-boende punkt 3.9.1 ska utföraren ha en rutin för att stödja anhöriga.

Ni ska därför inkomma med en lokal rutin för anhörigstöd.

- **Vård i livets slutskede**

Ni brister i punkten vård i livets slutskede då det vid granskning framkom att verksamheten inte har skickat in någon rutin för personalplanering gällande behov av vak

Enligt Riktlinje Palliativ vård har enhetschef ansvar för att det finns rutiner för personalplanering gällande behov av vak.

Ni ska därför inkomma med lokal rutin för personalplanering gällande behov av vak.

- **Hygien**

Ni brister i punkten hygien då det vid intervju och granskning av inskickade egenkontroller framkommer att egenkontroller för hygien endast delvis genomförs och dokumenteras regelbundet.

Den senaste egenkontrollen för hygien gjordes för två år sedan och ni uppger att egenkontroll för hygien inte finns i verksamhetens årshjul. Ni beskriver i er inskickade sammanställning av egenkontroller att ni gått igenom och gjort "Lätt att göra rätt" men att ni bedömt att det inte varit aktuellt att göra hygienrund.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen bär vårdgivaren ansvaret för att vård bedrivs med en god hygienisk standard. I Örebro kommun ska utförare följa vårdhygieniska riktlinjer för Vårdhygien. I riktlinje "Egenkontrollrund vårdhygienisk standard, förklaringar till protokollet, för verksamhet inom kommunal vård och omsorg" framkommer det att alla verksamheter ska genomföra hygienrund en gång per år.

Enligt Örebro kommuns förfrågningsunderlag för drift av LSS-boende punkt 3.11.9 ska utföraren ha en fungerande egenkontroll för hygien och följa riktlinjer för hygien och smittförande avfall.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta för att ha en systematisk dokumenterad egenkontroll för hygien. I beskrivningen ska tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå.

- **Skydds- och begränsningsåtgärder**

Ni brister i punkten skydds- och begränsningsåtgärder då ni vid intervju beskriver att ni inte har säkerställt att samverkan sker med andra vårdgivare/legitimerad personal så att er personal arbetar utifrån aktuell och uppdaterad instruktion eller ordination.

Enligt SOSFS 2011:9 4 kap. 5 § 4 kap. 5 § ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni ska beskriva hur ni ska säkerställa att samverkan sker med andra vårdgivare/legitimerad personal så att er personal arbetar utifrån aktuell och uppdaterad instruktion eller ordination för skydds- och begränsningsåtgärder.

Ni ska även i åtgärdsplanen redogöra för hur ni ska säkerställa att Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder följs när det gäller att följa upp skydds- och begränsningsåtgärder.

## Metod

Avtalscontrollers och medicinskt ansvariga på 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 inneburit intervjuer genom digitala möten då risk för smittspridning av covid - 19 påverkat möjligheten att genomföra platsbesök i verksamheten.

### Underlag för bedömning:

- Intervju
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Policy

Sandra Månstierna  
Avtalscontroller  
Enheten för Uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun