

Uppföljning av kvalitetskrav

Bostad med särskild service enligt LSS

Utförare: Örebro kommun, Ormesta 122–124

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.

Örebro kommun, Ormesta 122–124

Ormesta är en verksamhet anpassad för sex servicemottagare med autism och utvecklingsstörning. Samtliga servicemottagare har även ett utåtagerande- och självskadebeteende. Lokalerna byggdes med mycket anpassningar. Verksamheten är uppbyggd med att 122:an har två lägenheter och 124:an har fyra lägenheter.

Verksamheten har en hög personaltäthet och personalen är schemalagda så att de arbetar en personal med en servicemottagare. Ormesta är en BODA verksamhet (boende och daglig verksamhet) och det är samma personal som följer servicemottagarna över dagen. Det arbetar en vaken nattpersonal per hus. Det finns 31 medarbetare enhetschef inräknat, varav 28 är baspersonal och 2 är boendepedagoger.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Ormesta 122 - 124 ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast den 29 januari 2021 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- Ledningssystem för kvalitet
 - Samverkan
 - Utredning av avvikelser
 - Klagomål och synpunkter
- Dokumentation och förvaring
- Individuell planering och delaktighet
- Skydds- och begränsningsåtgärder

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

- Rutin för extern samverkan
- Lokal rutin för tillämpning av riktlinjen för hantering av klagomål och synpunkter
- Rutin för kvittering och planering av genomförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder
- Lokal rutin för hur samverkan vid behov sker med legitimerad personal för att fullfölja avvikelseprocessen för de avvikelser som berör hälso- och sjukvård.
- Sammanställning över aktuella skydds- och begränsningsåtgärder samt hur ni dokumenterat samtycken för åtgärderna.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast 29 januari 2021.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 29 januari 2021 då vi kommer att granska inkomna rutiner. Vi kommer att granska avvikelser samt genomföra en dokumentationsgranskning gällande mål i genomförandeplaner efter 28 februari 2021.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren 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 Socialstyrelsens handbok för tillämpning av SOSFS 2011:9 ska riskanalyser omfatta verksamhetens samtliga delar.

Ni uppfyller kraven inom området då ni redovisat hur ni arbetar systematiskt med riskanalyser under senaste året på både enhets och individnivå. Ni följer förvaltningsgemensamma rutiner för riskanalys på individ- och enhetsnivå. Ni har redovisat att ni gjort riskanalyser vid förändringar i verksamheten såsom förändringar i personalgrupp och risk för smittspridning på grund av pandemi covid-19. Ni gör uppföljning av servicemottagarnas aktuella riskanalyser minst en gång per år. Uppföljning av dessa sker bland annat på arbetsplatsträffar och på brukarmöten.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

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.

Ni uppfyller kraven inom området då ni kan redovisa egenkontroller som gjorts samt hur ni arbetar med dessa. Verksamhetens årshjul anger när egenkontroll ska ske inom området dokumentation samt hygien. Ni har inkommit med en sammanställning för egenkontroll som jämför med tidigare år hur ni ligger till inom olika områden såsom dokumentation, teamsamverkan inom hälso- och sjukvård (HSL) och hygien. Ni beskriver brister som identifierats och vilka åtgärder som ni arbetat med, vid behov gör ni ytterligare egenkontroller.

Ledningssystem för kvalitet

- Rapporteringsskyldighet

Enligt SOSFS 2011:9 har all personal i verksamheten en rapporteringsskyldighet av händelser inom den egna verksamheten. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att den som bedriver verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. 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.

Ni uppfyller kraven inom området då ni kunnat redovisa rutiner för hur ni systematiskt arbetar med rapporteringsskyldighet. Ni har en förvaltningsgemensam rutin för rapportering av Lex Sarah som ni följer. Rutinen beskriver hur rapportering, utredning och anmälan görs samt ansvarsfördelning inom verksamheten. Ni informerar personal om rapporteringsskyldigheten två gånger om året på arbetsplatsträffar.

Omvårdnad

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.

Utifrån de delar inom området som vi granskat uppfyller ni kraven inom området då ni anpassar verksamheten efter de individuella behoven hos de enskilda. Ni beskriver att ni arbetar med alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), tydliggörande pedagogik, schemabilder, stödtecken, ljud, föremål och alla servicemottagare har individuellt stöd utifrån sina behov. Boendepedagoger finns tillgängliga alla vardagar i verksamheten som ett stöd i att utforma individuell hjälp till servicemottagarna. Ni beskriver att det finns individuella strukturer för maten. Ni har redovisat att personal är schemalagd så att ni alltid arbetar en personal avsatt per servicemottagare.

Aktiv och meningsfull tillvaro

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.

Utifrån de delar inom området som vi granskat uppfyller ni kraven inom området då ni arbetar med individuellt anpassade aktiviteter för servicemottagarna. Ni beskriver att det finns en uppbyggd struktur för servicemottagare utifrån deras förutsättningar och behov. Denna finns uppbyggd i strukturmapp med schema för servicemottagarens dag och aktiviteter. Aktiviteter och struktur följs upp genom observation av servicemottagarnas beteende. Ni beskriver också att personalens kännedom kring den enskilde bidrar till att hitta aktiviteter och meningsfull tillvaro. Eventuella förändringar dokumenteras samt följs upp. Vi kan även se vid dokumentationsgranskning att ni arbetar med aktiviteter för de boende både enskilt och ibland i form av gemensamma aktiviteter med flera boende från verksamheten.

Fadderskap

Utifrån de delar inom området som vi granskat uppfyller ni kraven utifrån er beskrivning att varje servicemottagare har utsedd fadder samt att det finns möjlighet att byta fadder om så skulle önskas. Ni beskriver även att ni arbetar med faddergrupper kring varje servicemottagare, där personalens olika kompetenser används utifrån servicemottagarens behov.

Anhörigstöd

Ni uppfyller kraven inom området då ni har en rutin för anhörigstöd som innehåller ansvarsfördelning för medarbetare, enhetschef och anhörigombud. Vid behov informeras anhöriga om Anhörigcentrum.

Läkemedelshantering

När det gäller läkemedelshantering ska ni följa Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37. Enligt denna ska det finnas säkra rutiner som följer kommunens och regionens riktlinjer och styrdokument för 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 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.

Hygien

När det gäller området hygien ska ni följa kommunens och regionens riktlinjer och styrdokument inom området, samt Arbetsmiljöverkets (AFS 2018:4) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10).

Utifrån de delar inom området som vi granskat uppfyller ni kraven då ni kontinuerligt har genomgång av hygienriktlinjer samt att all personal har undertecknat ansvarsförbindelse för hygien. Ni tillhandahåller arbetskläder samt skyddsutrustning. Till följd av covid-19 används munskydd och visir vid allt nära arbete inom en meter från servicemottagaren. Ni har utfört egenkontroll för hygien under 2020. Utifrån egenkontrollen har ni identifierat risk för att samtlig personal inte följer de basala hygienriktlinjerna. Enhetschef uppger att anledning är att personalgruppen är stor och det därför kan vara svårt att ha översyn så att all personal följer alla rutiner. Dock beskriver ni att ni har en medvetenhet om risken och att åtgärd är att ni arbetar förebyggande med kontinuerlig påminnelse kring hygienriktlinjer.

Brister i kvalitetskrav

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

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Ni uppfyller delar inom området som vi har granskat då ni har beskrivit att samverkan alltid utgår från individens behov och det nätverk som finns runt individen. Vid varje arbetspass då byte av personal sker görs en överlämning. Ni har upprättade samverkansrutiner för överrapportering i er egen verksamhet. I dessa det framkommer hur och med vilka samverkan ska ske, samt beskrivning av ansvarsfördelning.

Ni samverkar regelbundet med den kommunala hälso- och sjukvårdsenheten (HSE). Läkare från primärvårdens vårdcentral kommer till gruppboenden två gånger per år för att observera servicemottagarna.

Samverkan sker alltid med alla servicemottagares vårdinstanser inför besök för att kunna anpassa och minimera risken för oro hos servicemottagaren.

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 brister inom området då ni inte har kunnat redovisa någon rutin för extern samverkan förutom SIP. Det framkommer att ni har flera externa samverkanspartners men det är inte nedtecknat hur eller i vilka forum som samverkan med dessa bedrivs. Det syns inte heller hur ni hanterar externa samverkanspartners för varje individ och var det finns kontaktuppgifter till dessa.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan samt rutin för extern samverkan. Rutinen ska 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, samt hur ni hanterar externa samverkanspartners för varje individ och var det finns kontaktuppgifter till dessa.

Ledningssystem för kvalitet

- Utredning av avvikelser

Ni uppfyller delar inom området som vi har granskat då ni har beskrivit att ni har en förvaltningsgemensam rutin för hantering av avvikelser som beskriver ansvarsfördelning mellan personal, enhetschef och avdelningschef. Ni granskar och arbetar regelbundet med hantering, utredning, bedömning och åtgärder av avvikelser. Ni har redovisat att ni gjort egenkontroll för avvikelser.

Ni ska följa Riktlinje för avvikelse, klagomål och synpunkter. Enligt denna ingår uppföljning av åtgärder i avvikelseprocessen med syfte att utvärdera om åtgärden haft avsedd effekt.

Ni brister inom området då vi vid granskning av avvikelser kan se att ni inte följer hela avvikelseprocessen. Vi ser vid granskning av tio avslutade avvikelser i Treserva från senaste året att nio av dessa bedömts som avvikelser, och att samtliga nio saknar dokumenterad uppföljning av åtgärder.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni ska beskriva hur ni ska säkerställa att ni följer hela processen enligt gällande riktlinje när det gäller uppföljning av åtgärder. För att följa upp resultat av åtgärdsplanen kommer vi att göra en ny granskning av avvikelser efter 28 februari 2021.

Ledningssystem för kvalitet

- Klagomål och synpunkter

Utifrån de delar vi granskat inom området uppfyller ni delar då ni har redovisat att ni använder klagomål- och synpunktshantering som systematiskt förbättringsarbete genom att ta upp dessa på arbetsplatsträffar, samt att sammanställning och analyser av inkomna klagomål och synpunkter görs en gång per år och används som kunskapsunderlag för förbättringsarbete i verksamheten.

Ni har beskrivit att ni följer riktlinjen för klagomål och synpunkter som utfärdats av programnämnd social välfärd 2020-06-17, samt att ni har en förvaltningsgemensam rutin från 2018-04-25 som varje enhet ska följa. I er förvaltningsgemensamma rutin för hantering av klagomål och synpunkter framgår att det finns flera steg när det gäller klagomål/synpunkter som rör servicemottagaren. I det första steget framgår att synpunkter som gäller servicemottagaren ska registreras och dokumenteras i avvikelsemodulen i Treserva, men att verksamhet inte startar upp någon klagomålsutredning utan att det istället kan vara "lämpligt" att återkoppla till servicemottagaren/närstående. De andra två stegen handlar om att servicemottagare/närstående vid kvarstående missnöje kan gå vidare med skriftligt klagomål till enhetschef eller i sista hand avdelningschef.

Ni brister inom området då förvaltningsgemensam rutin som ni hänvisar till inte följer kommunövergripande riktlinje. Riktlinjen uppger att chef ansvarar för att upprätta en lokal rutin för tillämpning av riktlinjen för hantering av klagomål och synpunkter. Den inskickade förvaltningsgemensamma rutinen uppfattar vi som er lokala rutin. Den förvaltningsgemensamma rutinen är äldre än riktlinjen.

Då den lokala rutinen ska följa den övergripande riktlinjen behöver den lokala rutinen uppdateras så den visar följsamhet till den senast uppdaterade riktlinjen för klagomål och synpunkter. Enligt övergripande riktlinje för klagomål och synpunkter ska klagomål utredas, bedömas, åtgärdas och följas upp vilket dock inte framkommer tydligt i förvaltningsgemensam rutin.

Ni brister också inom området då vi inte kan se att ni har lokal rutin för hur ni vid behov samverkar med andra yrkeskategorier för att fullfölja processen kring avvikelser som berör hälso- och sjukvård.

Enligt kommunens riktlinje för avvikelse, klagomål och synpunkter ansvarar verksamheten för att upprätta lokala rutiner för samverkan vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i en händelse och utredning.

Ni ska förutom åtgärdsplan inkomma med uppdaterad lokal rutin som visar följsamhet till den kommunövergripande riktlinjen, det ska tydligt ska framgå att klagomål ska utredas, bedömas, åtgärdas och följas upp. Ni ska även inkomma med lokal rutin för hur samverkan vid behov sker med legitimerad personal för att fullfölja avvikelseprocessen för de avvikelser som berör hälso- och sjukvård.

Dokumentation och förvaring

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.

Utifrån det vi granskat inom området uppfyller ni delar då granskning av samtliga servicemottagares verkställighetsjournaler för ett år tillbaka visar att ni för kontinuerliga anteckningar i journalerna för samtliga servicemottagare. Anteckningarna har utifrån granskning förts med respekt för den enskildes integritet. Det framgår att samverkan med legitimerad personal sker för samtliga servicemottagare.

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

Ni brister inom området då det inte framgår i er lokala rutin för vårdplaner hur ni kvitterar vårdplaner i Treserva och säkerställer att hälso- och sjukvårdsåtgärder som kvitterats i Treserva planeras för genomförande.

Ni ska förutom åtgärdsplan inkomma med uppdaterad lokal rutin som beskriver hur ni kvitterar vårdplaner i Treserva och säkerställer att hälso- och sjukvårdsåtgärder som kvitterats i Treserva planeras för genomförande.

Individuell planering och delaktighet

Utifrån det vi granskat inom området uppfyller ni delar då granskning vi har gjort av genomförandeplaner (GP) för ett år tillbaka visar att samtliga servicemottagare har aktuella och uppdaterade GP. Delaktighet vid upprättande och uppföljning av GP framkommer i samtliga granskade planer.

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 det av genomförandeplanen bland annat bör 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.

Ni brister i området då det vid granskning av samtliga servicemottagares GP för senaste året endast i ett fall finns mål beskrivet i GP.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att det i servicemottagarnas GP framkommer mål såväl från nämnds beslut samt för varje aktivitet. För att följa upp resultat av åtgärdsplanen kommer vi att göra en ny granskning av GP efter 29 januari 2021.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Ni beskriver i redovisat underlag att ni tar upp skydds- och begränsningsåtgärder på era brukarmöten. Ni har beskrivit att verksamheten har vissa begränsningar inbyggda i huset och att det är svårt att ändra på då samtycke behövs med hyresvärd för ombyggnation. Ni beskriver att ni jobbar aktivt med att fundera på vad ni kan ta bort för åtgärder och hur ni kan ersätta det med pedagogik istället. Ni informerar om att ni under året har plockat bort ett flertal begränsningsåtgärder, och att ni bland annat har en pågående aktivitet till följd av att en servicemottagare vill kunna öppna sitt fönster som i nuläget är låst och inte kan öppnas på egen hand.

Ni beskriver även att ni hela tiden jobbar med att observera servicemottagare utifrån deras kognitiva förmågor samt mående, och att personal på verksamheten har en god personlig kännedom om servicemottagare och har kännedom om deras tidigare erfarenheter och mående.

Vi ser vid granskning av samtliga servicemottagares GP eller rutinbeskrivningar för ett år tillbaka att det förekommer åtgärder som kan upplevas begränsande, såsom bilbälte som låses med nyckel, stängda fönsterluckor, funktionsdörrar, låst garderob. Bemötande som kan upplevas begränsande är till exempel att den enskilde endast får en (1) godsak från anhörig.

Ni ska följa riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder i Örebro läns kommuner. Enligt riktlinjen ska det framkomma i dokumentationen vad syftet är med de insatta skydds- och begränsningsåtgärderna 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 begränsande åtgärder 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 brister i området då vi vid granskning inte kan se att riskanalyser och samtycken för begränsande åtgärder finns. Ni har beskrivit att ni använder er av konkludent samtycke och att ni har förberett underlag för samtycken i Treserva, men att det metodstöd ni använder er av inte är samstämmigt med ert

verksamhetssystem. Därav har ni inte kunnat arbeta i systemet såsom ni velat och dokumenterat samtycken. Ni har tagit upp problemet med er socialt ansvarige samordnare men kan inte i dagsläget presentera en lösning.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska säkerställa att verksamheten arbetar enligt den länsövergripande riktlinjen. Ni ska dokumentera riskbedömningar och samtycke om åtgärder som kan upplevas som begränsande. Ni ska inkomma med en sammanställning över aktuella skydds- och begränsningsåtgärder samt hur ni dokumenterat riskbedömning och 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. Uppföljningen har även innefattat ett digitalt möte med utföraren

Underlag för bedömning:

- Intervju i samband med digitalt möte den 11 november, deltagare var avdelningschef, enhetschef samt boendepedagoger 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.

Sandra Månstierna
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun