

Rapport

Redogörelse kring skyddsåtgärder

Funktionsstödsförvaltningen
Strategiska avdelningen

Upprättad: 2021-11-18
Diarienummer: FSN-2021-2470
Ansvarig: Cassandra Lundvall



Innehållsförteckning

1. Bakgrund	4
2. Inledning	4
2.1 Samtycke, dokumentation och uppföljning.....	5
3. Funktionsstödsförvaltningens övergripande arbete kring skyddsåtgärder	5
3.1 Revidering av riktlinje för arbetet med processen för skyddsåtgärder.....	6
3.2 Nätverk för processledare	6
3.3 Enkät om begränsande åtgärder.....	7
3.4 Egenkontroll gällande följsamhet till riktlinje för skyddsåtgärder	8
3.5 Intern kontroll gällande risk för förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder	8
4. Avdelning LSS-bostäders arbete kring skyddsåtgärder.....	9
4.1 Medvetandegörande hos samtliga medarbetare.....	9
4.2 Införande av kontinuerlig och strukturerad uppföljning	10
4.3 Team för analys och vägledning	10
4.3.1 Utredning av avvikelser och lex Sarah	11
4.3.2 Utbildningar och metoder	11
4.3.3 Kompetenstrappa	11

5. Resultat, utmaningar och arbete framåt för avdelning LSS- bostäder.....	12
5.1 Resultat av egenkontrollen gällande följsamhet till riktlinje för skyddsåtgärder	12
5.2 Fortsatt dialog kring skyddsåtgärder	12
5.3 Intern kontroll gällande risk för förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder	13
5.4 Förändring över tid	13
6. Tillvägagångssätt för genomlysning av förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder i boende enligt LSS 9:9	13
6.1 Granskning av löpande dokumentation och genomförandeplan	14
6.2 Granskning av handlingsplaner.....	16
6.3 Intern kontroll	16
6.4 Tillsyn av IVO	16
7. Sammanställning av resultat	17

1. Bakgrund

På funktionsstödsnämndens sammanträde 2021-09-20 beslutade nämnden att ge funktionsstödsförvaltningen i uppdrag att återkomma med en redogörelse kring skyddsåtgärder inom avdelningen LSS-bostäder. Syftet är att genomlysna löpande dokumentation, samtycke och förekomst av tvångs- eller begränsningsåtgärder över de malmöbor som har bostad enligt LSS 9:9 i nämndens verksamheter. Funktionsstödsförvaltningen har utifrån nämndens beslut utformat ett uppdrag med utgångspunkt i en redogörelse som består av två delar.

Del ett utgör en delredogörelse som omfattar beskrivning av hur arbetet med skyddsåtgärder ser ut både övergripande i förvaltningen och specifikt inom avdelning LSS-bostäder, för att säkerställa att det inte förekommer åtgärder med avsaknad av följsamhet till processen för skyddsåtgärder. Delredogörelsen omfattar såväl genomförda som pågående och planerade åtgärder.

Delredogörelsen innehåller även en beskrivning av tillvägagångssättet för hur genomlysning av den löpande dokumentationen, samtycke och förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder inom samtliga av förvaltningens bostäder enligt LSS 9:9 kommer att genomföras. Delredogörelsen av ärendet presenteras för funktionsstödsnämnden i december 2021.

Del två utgör en slutredogörelse av uppdraget och kommer att omfatta resultatet från genomlysningen av den löpande dokumentationen, samtycke och förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder inom samtliga av förvaltningens bostäder enligt LSS 9:9. Slutredogörelsen av ärendet beräknas presenteras för funktionsstödsnämnden senast i april 2022.

2. Inledning

Insatser som utförs enligt socialtjänstlagen (SoL), lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) bygger på frivillighet och innebär att åtgärder inte kan vidtas mot den enskildes vilja. Det finns inget stöd i SoL, LSS eller HSL för att använda tvångs- eller begränsningsåtgärder. Verksamheten ska utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Verksamheten ska utforma insatser utifrån den enskildes individuella behov och förutsättningar. Det är den som bedriver verksamheten som har ansvar för att säkerställa att verksamheten är av god kvalitet. Verksamheten är skyldig att bedriva ett systematiskt arbete i sin strävan att förebygga och undvika åtgärder som kan vara begränsande för den enskilde.

2.1 Samtycke, dokumentation och uppföljning

Användning av skyddsåtgärder förutsätter alltid ett samtycke från den enskilde. Åtgärder som inte har samtycke från den enskilde kallas för tvångs- och begränsningsåtgärder. Samtycke ska alltid lämnas på frivilliga grunder från den enskilde och samtycke kan inhämtas på olika sätt. Ett samtycke kan vara *uttryckligt*. Med ett sådant samtycke avses att den enskilde har muntligt, skriftligt eller via tydligt känd kommunikation visat att hen samtycker. Skyddsåtgärder som är av särskild ingripande karaktär ska föregås av ett uttryckligt samtycke. Ett samtycke kan också vara *konkludent*. Ett sådant samtycke består i att den enskilde agerar på ett sätt som underförstått visar att hen samtycker, till exempel genom att underlätta åtgärdens genomförande. En annan typ av samtycke är det s.k. *presumerade samtycket*. Ett sådant samtycke bygger på att den som ska vidta åtgärden förutsätter, utifrån kunskap om den enskilde, att åtgärden är förenlig med den enskildes vilja utan att samtycket har kommit till uttryck från den enskilde. Anhöriga, god man eller förvaltare kan **inte** samtycka till skyddsåtgärder mot den enskildes vilja. Alla former av samtycke bygger på frivillighet och den enskilde har rätt att när som helst återkalla sitt samtycke.

Arbetsgång och beslut om användning av skyddsåtgärder ska alltid dokumenteras i den enskildes akt, både som en anteckning i den löpande dokumentationen och i den enskildes genomförandeplan. I dokumentationen ska det även framgå hur den enskilde har varit delaktig och på vilket sätt samtycke från den enskilde har inhämtats.

I samband med beslut om skyddsåtgärd ska alltid datum för uppföljning bestämmas. Hur ofta uppföljning av skyddsåtgärden ska ske styrs av den enskildes behov. Vid uppföljning ska frågan om behovet av åtgärden kvarstår hos den enskilde ställas och utredas. Vid uppföljning ska det även undersökas om samtycke från den enskilde kvarstår.

3. Funktionsstödsförvaltningens övergripande arbete kring skyddsåtgärder

I funktionsstödsförvaltningens arbete med att eliminera förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder samt säkerställa följsamhet till processen för skyddsåtgärder sker förvaltningsövergripande aktiviteter inom flera olika områden.

3.1 Revidering av riktlinje för arbetet med processen för skyddsåtgärder

Som ett stöd i arbetet för att förebygga och undvika åtgärder som kan anses vara begränsande för den enskilde har funktionsstödsförvaltningen (FSF) tillsammans med hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen (HVOF) en gemensam riktlinje för arbetet med processen för skyddsåtgärder. Riktlinjen syftar till att beskriva processen för hur FSF och HVOF ska arbeta med skyddsåtgärder för att säkerställa att den enskilde ges god och säker vård. Till riktlinjen finns en framtagen processkarta med tillhörande stödjande dokument. Riktlinjen och processen för arbetet med skyddsåtgärder ska följas både vid användning av befintliga skyddsåtgärder och nya åtgärder som, på ett eller annat sätt, kan vara begränsande för den enskilde. Användningen av skyddsåtgärder ska alltid dokumenteras, i enlighet med riktlinjens dokumentationsstöd.

Den ursprungliga riktlinjen togs fram 2019 och under 2021 har en arbetsgrupp bestående av representanter från både FSF och HVOF ansvarat för revidering av riktlinjen. Revideringen har främst handlat om att förtydliga och omformulera innehållet i riktlinjen. Reflektioner från arbetsgruppen är att det har varit många bra diskussioner under arbetet med revideringen samt att den viktiga delen av arbetet med processen för skyddsåtgärder är samtal och reflektioner i det dagliga arbetet i den brukarnära verksamheten. I september 2021 beslutade avdelningschefer för FSF och HVOF att godkänna revideringen och därmed anta den nya riktlinjen. Den nya riktlinjen och tillhörande stödmaterial finns tillgängligt på Komin [Arbete med skyddsåtgärder](#) samt i Platina med diarienummer FSN-2021-2410.

3.2 Nätverk för processledare

I funktionsstödsförvaltningens verksamheter finns ett nätverk bestående av processledare som tillsammans med sina kollegor ansvarar för arbetet med processen för skyddsåtgärder. Det ska finnas en processledare per enhet i varje verksamhetsavdelning. Det är respektive enhetschef som ansvarar för att utse lämpliga medarbetare som processledare för att enheten ska kunna ha nytta av den kunskap och erfarenhetsutbyte som finns i nätverket. Forsknings- och utvecklingskoordinator (FoU-koordinator) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att utbilda processledare och samordna nätverksträffar. Nätverket med processledare träffas regelbundet och nätverket handlar till stor del om att utbyta erfarenheter kring arbetet med skyddsåtgärder, diskutera frågor och svårigheter samt reflektera kring komplexa situationer som kan uppstå i verksamheterna. Processledarna kan även fungera

som en viktig länk i samverkan mellan boende och daglig verksamhet i komplexa situationer kring enskilda brukare. I slutet av 2021 planeras utbildning för nya processledare.

3.3 Enkät om begränsande åtgärder

Inom ramen för en forskningsstudie har FoU-koordinator Petra Björne genomfört en enkät om begränsande åtgärder¹ under perioden mars-april 2021. I enkäten fick medarbetare och sektionschefer inom bostad med särskild service för vuxna, bostad med särskild service för barn och unga samt daglig verksamhet besvara frågor om förekomst och användning av begränsande åtgärder i verksamheterna. Enkäten bestod av följande frågor:

- Vilka begränsningsåtgärder används i den verksamhet där du arbetar?
- I vilket syfte används begränsningsåtgärder?
- Vilka begränsningsåtgärder anser du är mest inskränkande för den enskilde? Om du inte har erfarenhet av att åtgärden används, utgår du i ditt svar från hur inskränkande du tycker att åtgärden är om den skulle användas.
- Vilka begränsningsåtgärder är viktigast att ersätta med annat stöd? Om du inte har erfarenhet av att åtgärden används, utgår du i ditt svar från hur viktigt du tycker att det är att ersätta åtgärden är om den skulle användas.

Resultatet av enkäten visar att de vanligaste förekommande begränsningsåtgärderna inom förvaltningens verksamheter är låsta dörrar som begränsar brukarens tillgång till allmänna eller gemensamma utrymmen i huset, låsta garderober, skåp, lådor eller kylskåp som begränsar brukarens tillgång till ägodelar, begränsning av rörlighet med hjälp av bälte, sänggrind, "änglavakt" eller motsvarande samt att brukaren inte kan eller får lämna boendet utan stöd av personal.

Resultat och analys av enkäten kommer under hösten presenteras i sin helhet i en forskningsartikel. Delar av enkätresultatet kommer att användas som underlag till genomlysningen och kommer att redovisas i slutredogörelsen av ärendet.

¹ Begränsande åtgärder definieras i detta sammanhang som alla åtgärder som på något sätt begränsar brukaren och inkluderar därmed både skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder.

3.4 Egenkontroll gällande följsamhet till riktlinje för skyddsåtgärder

Inom ramen för det systematiska kvalitetsledningsarbetet (SOSFS 2011:9) genomförs det under 2021 en egenkontroll gällande skyddsåtgärder. Egenkontrollen genomförs i form av en checklista där respektive verksamhet besvarar frågor om följsamheten till den gemensamma riktlinjen för processen för arbetet med skyddsåtgärder. Några verksamheter genomförde checklistan under 2020 och resterande verksamheter genomför checklistan under 2021. Egenkontrollen syftar till att följa upp hur funktionsstödsförvaltningens verksamheter arbetar med processen för skyddsåtgärder, dvs. att identifiera vilka delar av processen som fungerar bra och vilka delar som fungerar mindre bra, i syfte att uppmärksamma förbättrande åtgärder. Resultatet av egenkontrollen redovisades i delårsrapporten för systematiskt kvalitetsarbete samt kommer att redovisas i sin helhet i kvalitetsberättelsen för 2021.

3.5 Intern kontroll gällande risk för förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder

I intern kontrollplan för 2021 har följande risk identifierats:

- Risk för tvångs- och begränsningsåtgärder på grund av att processen för skyddsåtgärder inte följs, vilket kan leda till lidande samt bristande och felaktigt stöd till brukare. Risker är särskilt relevant i arbetet med personer som utvecklat eller riskerar att utveckla ett utmanande beteende”.

Utifrån denna risk ska en granskning av skyddsåtgärder genomföras i alla verksamhetsavdelningar under hösten 2021. Syftet med granskningen är att minska risken för bristande och felaktigt stöd till brukare genom att säkerställa att processen för skyddsåtgärder är känd och används korrekt. Syftet är även att skapa en djupare förståelse kring utmaningarna i processen och att ta fram förslag till förbättrande åtgärder. Granskningen kommer att genomföras i en verksamhet i varje enhet i respektive verksamhetsavdelning. I valet av vilka verksamheter som ska granskas kommer resultatet av egenkontrollen om följsamhet till processen samt enkäten om begränsande åtgärder att ligga till grund för urvalet. Granskningen kommer att genomföras genom intervjuer med sektionschefer och medarbetare i verksamheterna utifrån en intervjuguide. Analys av granskningen kommer att göras gemensamt i verksamhetsavdelningarna och resultatet redovisas i årets uppföljning av intern kontroll.

4. Avdelning LSS-bostäders arbete kring skyddsåtgärder

Utöver det förvaltningsövergripande arbetet kring skyddsåtgärder har avdelning LSS-bostäder även arbetat med avdelningsspecifika åtgärder och aktiviteter. Som en del av arbetet med att finna metoder och arbetssätt för att stödja brukare utan att tillämpa skyddsåtgärder har det inom avdelning LSS-bostäder gjorts olika stödanpassningar och satsningar på kompetensutveckling för medarbetare i avdelningen.

4.1 Medvetandegörande hos samtliga medarbetare

För att öka medvetenheten kring skyddsåtgärder inom avdelningens verksamheter ska samtliga medarbetare genomgå en obligatorisk grundutbildning. Grundutbildningen innehåller bland annat digital föreläsning av FoU-koordinator med tillhörande reflektionsfrågor kring skyddsåtgärder som diskuteras i grupp och tillsammans med omsorgspedagog i verksamheterna. Några verksamheter har redan gått utbildningen i samband med kompetensprojektet HÅPP. Samtliga medarbetare ska ha genomgått grundutbildningen under 2022. Avdelningens utvalda medarbetare som är processledare för arbetet med skyddsåtgärder har även gått den fördjupade utbildningen som FoU-koordinator och MAR ansvarar för. Syftet är att dessa medarbetare ska kunna ge stöd åt andra medarbetare i arbetet kring skyddsåtgärder i avdelningens verksamheter.

För att ytterligare öka medvetenheten kring skyddsåtgärder kommer processen för skyddsåtgärder att läggas till som en del av utbildningen om lex Sarah och avvikelshantering som utvecklingssekreterare med SAS-uppdrag ansvarar för.

Vidare finns det nätverk för avdelningens omsorgspedagoger där syftet är att omsorgspedagogerna tillsammans kan dela med sig av goda exempel, reflektera kring vilka åtgärder som kan klassas som skyddsåtgärder samt fånga upp eventuell förekomst av åtgärder som kan vara begränsande för den enskilde. Omsorgspedagogernas nätverk bidrar till en lärande organisation för att verksamheterna ska bli medvetna om vilka åtgärder som kan vara begränsningsåtgärder samt reflektera över hur dessa åtgärder kan ersättas med annat stöd.

4.2 Införande av kontinuerlig och strukturerad uppföljning

Som en del av arbetet med avdelningens verksamhetsprogram arbetar avdelningen aktivt med implementering av pedagogisk struktur som bygger på ett teambaserat arbetssätt. Strukturen för det teambaserade arbetssättet bygger på samverkan mellan olika yrkeskategorier och ger medarbetarna större möjligheter och bättre förutsättningar att arbeta med vardagsnära pedagogisk vägledning i relation till brukarna.

I det teambaserade arbetssättet hålls teammöten och verksamhetsmöten regelbundet för att göra uppföljningar av varje brukare samt föra dialog kring hur man arbetar med befintliga skyddsåtgärder och hur man kan arbeta bort, alternativt minimera, dessa åtgärder. Uppföljningarna syftar även till att identifiera eventuella begränsande åtgärder som används i verksamheten men som inte tidigare har hanterats i enlighet med processen för skyddsåtgärder. Vid teammöten och verksamhetsmöten diskuteras bland annat brukarens genomförandeplan, avvikelser kopplade till brukaren, eventuell förekomst av skyddsåtgärder och uppföljning av samtycken. Det teambaserade arbetssättet ger medarbetarna möjligheter att gemensamt arbeta mer systematiskt med analys, åtgärder och uppföljning av avvikande händelser i den brukarnära verksamheten. Införandet av den pedagogiska strukturen med det teambaserade arbetssättet sker successivt i avdelningens verksamheter och förväntas vara infört i samtliga verksamheter under 2021. Införandet och utvärdering av den pedagogiska strukturen följs upp inom ramen för målarbetet.

4.3 Team för analys och vägledning

Som ett stöd i arbetet med kvalitet och kompetensutveckling har avdelningen sedan våren 2021 ett team för analys och vägledning. Teamet består av teamledare, kvalitetsutvecklare, utvecklingssekreterare med SAS-uppdrag samt omsorgspedagog med utbildningsansvar. Teamet fungerar som ett proaktivt och verksamhetsnära stöd i avdelningen. Teamet har i uppdrag att kvalitetssäkra verksamheten genom att:

- Ge internt stöd och vägledning i verksamheternas kvalitetsarbete
- Ge stöd och vägledning i arbetet med avvikelser och uppföljning av åtgärder
- Förebygga genom att följa upp indikatorer i tex avvikelser
- Utföra genomlysningar med fokus på brukarbehov

- Samordna, utbilda och planera avdelningens arbete med kompetensutveckling och evidensbaserade metoder
- Sammanställa, analysera och lyfta upp behov i avdelningen som ex kartläggningar av brukarbehov, bemanning och kompetens
- Omvärldsbevaka och utgöra en länk till andra stödjande funktioner som till exempel strategiska avdelningen.

4.3.1 Utredning av avvikelser och lex Sarah

Som en del av teamets uppdrag kommer avdelningens utvecklingssekreterare att göra fördjupade analyser i sitt utredningsarbete av avvikelser och lex Sarah-rapporter för att fånga upp och identifiera skyddsåtgärder och risk för eventuella tvångs- och begränsningsåtgärder. I utredningsarbetet kommer större fokus läggas på att undersöka om processen för skyddsåtgärder har följts samt om det finns samtycke till åtgärden.

4.3.2 Utbildningar och metoder

Avdelningen har sedan september 2020 en utbildningsansvarig omsorgspedagog som ingår i teamet för analys och vägledning. Den utbildningsansvariga omsorgspedagogen arbetar bland annat med att stötta och vägleda verksamheter i arbetet med att använda metoder och arbetssätt som minskar risken för att begränsningsåtgärder förekommer, särskilt i arbetet med brukare som har utvecklat eller riskerar att utveckla ett beteende som utmanar. Avdelningen har i dagsläget utbildningar inom Studio 3, lågaffektivt bemötande, Marte Meo och motiverande samtal (MI) samt studiecirkelar kring beteende som utmanar.

4.3.3 Kompetenstrappa

Inom området kompetens i verksamhetsprogrammet har avdelningen arbetat fram en kompetenstrappa. Kompetenstrappan innefattar grund-, påbyggnads- och spetskompetens hos medarbetarna. Grundkompetens innefattar bland annat grundläggande kunskaper om funktionsnedsättning, metoder och arbetssätt samt kunskap om sitt uppdrag och ansvar utifrån lagstiftning. Påbyggnadskompetens innefattar bland annat en utökad verksamhetsspecifik kunskap, som anpassas utifrån brukarnas funktionsnedsättningar och verksamhetens behov. Spetskompetens innefattar särskild kompetens hos medarbetare som arbetar mer övergripande på enheten, avdelningen eller förvaltningen. Det kan tex vara utbildare och handledare inom beteende som utmanar, tydliggörande pedagogik samt alternativ och kompletterande kommunikation (AKK).

5. Resultat, utmaningar och arbete framåt för avdelning LSS-bostäder

För att eliminera förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder samt säkerställa att användningen av skyddsåtgärder följer framtagna processer kommer avdelningens arbete och åtgärder fortskrida framöver.

5.1 Resultat av egenkontrollen gällande följsamhet till riktlinje för skyddsåtgärder

I avdelningen har 29 verksamheter besvarat checklistan om följsamhet till processen för arbetet med skyddsåtgärder fram till delsårsuppföljningen 2021. Resterande verksamheter har antingen besvarat checklistan under 2020 eller kommer att besvara den under hösten 2021. Resultatet vid delsårsuppföljningen visar att det finns ett stort behov av att ha fortsatt löpande dialog kring processen för skyddsåtgärder i avdelningens verksamheter. Resultatet visar att de frågor i checklistan som flest verksamheter har svarat nej på och där det finns störst behov av förbättringar är på frågorna om kartläggning av riskfaktorer görs regelbundet, om samtycke inhämtas och följs upp regelbundet samt om dokumentationen om skyddsåtgärder sker enligt processens dokumentationsstöd. Exempel på åtgärder som planeras att genomföras utifrån resultatet är bland annat översyn av samtycken, säkerställa att erforderliga handlingsplaner finns samt att ta fram och implementera rutin för dokumentation och uppföljning av skyddsåtgärder på sektionsnivå.

5.2 Fortsatt dialog kring skyddsåtgärder

Med anledning av att avdelningen har identifierat ett fortsatt behov av att ha löpande dialog kring arbetet med skyddsåtgärder kommer verksamheterna under 2022 ta del av Socialstyrelsens diskussionsmaterial om tvångs- och begränsningsåtgärder. Syftet med detta är att fortsätta reflektera över vilka åtgärder som kan vara begränsande för den enskilde samt skapa dialog kring hur verksamheten kan förebygga att begränsande åtgärder används och istället hitta arbetssätt för att stödja brukare utan användning av skyddsåtgärder. Genomgången av Socialstyrelsens diskussionsmaterial kommer följas upp under 2022 inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. Till detta ärende bifogas Socialstyrelsens material om tvångs- och begränsningsåtgärder som är tänkt att användas i den fortsatta dialogen.

5.3 Intern kontroll gällande risk för förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder

Utifrån den förvaltningsgemensamma risken inom intern kontroll gällande risk för tvångs- och begränsningsåtgärder på grund av att processen för skyddsåtgärder inte följs kommer utsedd kvalitetsutvecklare i avdelningen att genomföra granskning i en verksamhet i varje enhet under november. Baserat på resultatet från egenkontrollen samt enkäten om begränsande åtgärder har följande verksamheter valts ut i avdelningen: Gröndalsgränd (enhet 1), Svennedalsvägen (enhet 2), Revingehedsgatan (enhet 3), Oxievångsgatan (enhet 4), Koralgatan (enhet 5) samt Landålettsgatan (enhet 6). Resultat och analys av denna granskning kommer redovisas i årsuppföljningen av intern kontroll samt ingå som en del av slutredogörelsen av detta ärende.

5.4 Förändring över tid

Införandet av den pedagogiska strukturen som en del av avdelningens verksamhetsprogram har kommit olika långt i avdelningens verksamheter. Genom införandet av den pedagogiska strukturen och i uppföljningar av verksamheter synliggörs brister som annars inte skulle uppmärksammas. När verksamheterna får en ökad medvetenhet kring skyddsåtgärder och risken för tvångs- och begränsningsåtgärder kan antalet avvikelser komma att öka i de verksamheter som har infört den pedagogiska strukturen. En ökning av antalet avvikelser bör i detta fall inte ses som något negativt, utan snarare ses som en indikation på att verksamheterna aktivt arbetar med att åtgärda brister som kan ha funnits under lång tid samt att verksamheterna börjar reflektera över åtgärder som kan vara begränsande och därmed bör ersättas med annat stöd.

6. Tillvägagångssätt för genomlysning av förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder i boende enligt LSS 9:9

En genomlysning av löpande dokumentation, samtycke och förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder behöver bestå av olika moment och innefatta olika delar för att kunna genomföras på helheten i samtliga av förvaltningens boende enligt LSS 9:9. Genomlysningen kommer omfatta bostad med särskild service i form av gruppboende samt serviceboende enligt LSS 9:9 i avdelning LSS-bostäder och i avdelning Myndighet och socialpsykiatri.

6.1 Granskning av löpande dokumentation och genomförandeplan

Dokumentation enligt 21 a § LSS sker i verksamhetssystemet Lifecare där all personal ansvarar för att föra löpande anteckningar om sådant som är av vikt i brukarens vardag. Den löpande dokumentationen sker utifrån rubriker som motsvarar livsområden enligt IBIC samt ytterligare några rubriker som funktionsstödsförvaltningen har tagit fram. Enligt dokumentationsstödet till den reviderade riktlinjen² för processen för arbetet med skyddsåtgärder ska beslut om och användningen av skyddsåtgärder dokumenteras under livsområdet ”Allmänna uppgifter och krav” med hjälp av den frastext som finns. Om det har tagits beslut om att använda en skyddsåtgärd ska även en ny genomförandeplan upprättas tillsammans med den enskilde. I genomförandeplanen ska det under rubriken ”Viktig information” dokumenteras kring vilket beslut om åtgärd som har tagits samt hur den enskilde har varit delaktig. Det ska även dokumenteras hur och på vilket sätt den enskilde har lämnat sitt samtycke till åtgärden.

För att kunna göra en genomlysning av åtgärder som kan vara av begränsande karaktär för den enskilde krävs en granskning av den löpande dokumentationen för att undersöka om användning av skyddsåtgärder har följt processen, det vill säga att det finns korrekt dokumentation, erforderligt samtycke och datum för uppföljning. En del av granskningen kommer därför bestå av tre steg: (1) granska löpande dokumentation³ under rubriken ”Allmänna uppgifter och krav” i brukares akt, (2) om det återfinns anteckningar om skyddsåtgärder under denna rubrik i den löpande dokumentationen ska nästa steg vara att undersöka om åtgärden finns dokumenterad i den enskildes genomförandeplan i enlighet med riktlinjens dokumentationsstöd och (3) därefter ska det undersökas om det finns erforderligt samtycke till åtgärden från den enskilde.

För att även fånga upp eventuella begränsande åtgärder som förekommer men som inte har följt processen, som inte finns dokumenterade på ett korrekt sätt eller där det saknas samtycke ska även anteckningar under övriga rubriker i dokumentationen granskas. Förslaget är att denna granskning kan utgå ifrån

² Den reviderade riktlinjen är framtagen i september 2021 och därmed inte fullt ut implementerad när detta ärende skrivs.

³ Sökfunktionen i Lifecare har begränsade möjlighet att kunna användas för att söka på vissa begrepp/termer i den löpande dokumentationen. Sökfunktionen kan användas för att söka på anteckningar utifrån respektive rubrik. I övrigt kan webbläsarens egen sökfunktion användas.

resultatet från enkäten om begränsande åtgärder som genomfördes under våren 2021. I resultatet av enkäten framgår vilka begränsningsåtgärder som sektionschefer och medarbetare bedömer är mest förekommande och frekventa i verksamheterna. Resultaten från boendena enligt LSS 9:9 visar att de vanligaste förekommande begränsningsåtgärderna är låsta dörrar som begränsar brukarens tillgång till allmänna eller gemensamma utrymmen i huset, låsta garderober, skåp, lådor eller kylskåp som begränsar brukarens tillgång till ägodelar, begränsning av rörlighet med hjälp av bälte, sänggrind, "änglavakt" eller motsvarande samt att brukaren inte kan eller får lämna boendet utan stöd av personal.

För att kunna genomföra denna granskning kommer omsorgspedagoger/stödpedagoger med utökat ansvar att ges i uppdrag att utföra granskningen av den löpande dokumentationen samt att i övrigt kartlägga och identifiera vilka åtgärder som används i verksamheterna som kan klassas som begränsande åtgärder för brukarna. Pedagogerna kommer genomföra granskningen i den egna verksamheten, det vill säga i den verksamhet där de normalt sett arbetar. Det finns både fördelar och nackdelar med att granska den egna verksamheten. Fördelen är att pedagogen känner till verksamheten väl, kan agera omgående om otillåtna åtgärder upptäcks i granskningen samt att pedagogen även känner till vilka åtgärder som vidtas kring brukaren men som inte går att finna i den löpande dokumentationen eller i genomförandeplanen. Nackdelen är att det vid en granskning av den egna verksamheten kan vara svårt att vara objektiv. Att kritiskt granska dokumentationen i den egna verksamheten kan upplevas som problematiskt och därmed ge motsatt effekt. Genom att pedagogerna får ett tydligt beskrivet uppdrag med tillhörande material om tillvägagångssättet för granskningen bedöms dock fördelarna överväga nackdelarna i detta uppdrag.

För att granskningen av den löpande dokumentation ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt kommer det under hösten tas fram material och underlag för att säkerställa att granskningen sker på likvärdigt sätt i de olika verksamheterna. Det behöver bland annat tas fram en uppdragsbeskrivning/mall till pedagogerna för hur granskningen ska genomföras och sammanställas. Utifrån beskrivet tillvägagångssätt samt resultatet av enkäten om begränsande åtgärder kommer granskningen av dokumentation ske utifrån utvalda sökord/begrepp. Därmed behöver det även definieras och beslutas om vilka sökord/begrepp som är relevanta att utgå ifrån vid granskningen. Material och underlag för tillvägagångssättet samt vilka sökord/begrepp som blir aktuella att använda i granskningen kommer arbetas fram gemensamt i en arbetsgrupp under hösten. Arbetsgruppen kommer bestå av ansvarig handläggare för ärendet, utvecklingssekreterare och pedagoger från

verksamhetsavdelningarna. Själva granskningen kommer genomföras under början av 2022.

6.2 Granskning av handlingsplaner

Inom verksamheter enligt LSS är det vanligt förekommande att upprätta handlingsplaner för att ha en plan för hur personalen ska agera och vilka åtgärder som ska vidtas om en särskild situation kring en brukare uppstår, i synnerhet kring brukare vars beteende utmanar.

Som en ytterligare kontroll av förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder och ett komplement till granskning av den löpande dokumentationen kommer även granskning av slumpmässigt utvalda handlingsplaner att genomföras. Granskning av brukares handlingsplaner blir ett sätt att fånga upp eventuell förekomst av åtgärder med begränsande karaktär som är en del av handlingsplanens åtgärder men som inte är hanterade som skyddsåtgärder eller åtgärder som går att finna i den löpande dokumentationen. Granskningen av handlingsplaner kommer innefatta 16 handlingsplaner, vilket motsvarar 2 handlingsplaner från respektive enhet som utför insatsen bostad med särskild service enligt LSS 9:9. Handlingsplanerna kommer slumpmässigt att väljas ut och granskas av ansvarig handläggare för ärendet.

6.3 Intern kontroll

Resultatet från den granskning som genomförs inom ramen för intern kontroll under hösten 2021 kan bidra med betydelsefullt underlag för att genomlysna förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder i boenden enligt LSS 9:9. Granskningen kommer genomföras i samtliga verksamhetsavdelningar och därmed bidra till att ge ett övergripande perspektiv på användningen av åtgärder i verksamheterna som kan anses vara begränsande för den enskilde. Granskningen kan även, genom intervjuer med chefer och medarbetare, bidra till att ge förslag på förbättrande åtgärder som kan genomföras för att begränsningsåtgärder ska kunna ersättas med annat stöd. Analys av granskningen kommer göras gemensamt i verksamhetsavdelningarna och resultatet redovisas i årsuppföljning av intern kontroll samt ingå som en del av slutredogörelsen av genomlysningen.

6.4 Tillsyn av IVO

Under hösten 2021 inleder Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ett arbete med en nationell tillsyn av gruppboendestäder som bedrivs enligt LSS 9:9. IVO:s fokusområde för tillsynen är att granska förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder samt kränkningar riktade mot de som bor på boende

enligt LSS 9:9. Som ett underlag i tillsynen inhämtar IVO uppgifter via enkäter från personal som arbetar i gruppboende, närstående samt legala ställföreträdare till personer som bor på gruppboende. Syftet är att IVO genom svaren på olika enkätfrågor om till exempel trygghet för de boende och förekomsten av åtgärder som kan uppfattas begränsande vill hitta indikationer på risker i verksamheter inför urval av fördjupad tillsyn av vissa boenden. Funktionsstödsförvaltningens boenden enligt LSS 9:9 är med på denna inledande del av tillsynen och ärendet finns i Platina med diarienummer FSN-2021-2556. Om förvaltningen får ta del av resultatet av IVO:s tillsyn kommer detta resultat att ingå som en del av slutredogörelsen och genomlysningen kring förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder.

7. Sammanställning av resultat

Genomlysningen syftar till att redogöra för förekomst av eventuella tvångs- och begränsningsåtgärder som finns i funktionsstödsförvaltningens verksamheter genom bland annat granskning av löpande dokumentation, genomförandeplaner och handlingsplaner inom insatsen bostad med särskild service enligt LSS 9:9. Resultatet av genomlysningen kommer troligtvis inte kunna ge ett heltäckande svar på förekomsten av begränsande åtgärder i förvaltningen. Genomlysningen kommer förhoppningsvis tillsammans med övriga åtgärder och arbete som pågår i förvaltningen, leda till att väcka tankar och reflektion hos medarbetare kring arbetet med skyddsåtgärder.

Resultatet av de olika delarna av genomlysningen kommer sammanställas, analyseras och redovisas i slutredogörelsen av ärendet. Upplägget för hur slutredogörelsen kommer att presenteras arbetas fram under hösten.

I slutredogörelsen kommer det också föras en diskussion kring om tillvägagångssättet för genomlysningen upplevdes användbart och ändamålsenligt. Om så är fallet kan modellen för tillvägagångssättet användas för genomlysning av löpande dokumentation, samtycken och förekomst av tvångs- eller begränsningsåtgärder även inom andra delar av funktionsstödsförvaltningens verksamheter.