

Handläggare
Teresa Tolic Trossmo

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum
2023-01-24

Ärendebeteckning
SN 2022/0274.11.04

Socialnämnden

Svar på tillsyn Smedås gruppbostad - Inspektionen för vård och omsorg (IVO), 3.5.1- 12616/2022

Förslag till beslut

Socialnämnden antar upprättat förslag till svar och överlämnar detta till Inspektionen för vård och omsorg.

Bakgrund

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört en tillsyn av Smedås gruppbostad, gällande förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder eller andra kränkningar. IVO konstaterar att det finns brister i verksamheten och begär att nämnden redogör för sin inställning till de brister som framkommit.

Socialnämnden ser allvarligt på de brister som framkommit och har inställningen att verksamhet under nämndens ansvar ska bedrivas i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. De brister som en tillsyn synliggör väger tungt. Systematiskt kvalitetsarbete bedrivs och kommer att bedrivas för att komma till rätta med bristerna i aktuell verksamhet. Erfarenheterna och den kunskap som tillsynen ger kommer att tas tillvara i liknande verksamheter.

Vid Socialnämndens sammanträde i september 2023 planeras för ett tema kring att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder och de åtgärder som planeras för att komma tillrätta med bristerna kommer då att följas upp.

Teresa Tolic Trossmo
Verksamhetschef

Camilla Freedeke
Socialchef

Socialförvaltningen Verksamhetschef och handläggare

Tel 0480-45 00 00 vx | teresa.tolic-trossmo@kalmar.se



Kalmar kommun
WWW.KALMAR.SE

Bilagor
Svar på tillsyn
Beslut Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg
(IVO)
Box 2163
550 02 Jönköping

Socialnämndens svar till IVO, diarienummer 3.5.1-12616/2022-14

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört en tillsyn av Smedås gruppbostad, Socialnämnden i Kalmar kommun, gällande förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder eller andra kränkningar. IVO har konstaterat följande brister:

- Samtliga brukare kan övervakas via tittöga i lägenhetsdörrarna.
- Det förekommer inlåsning av en brukare vid hens utåtagerande beteende.
- Brukares dörrlarm används på ett sätt som kan upplevas som integritetskränkande.

IVO begär att nämnden redovisar sin inställning till de brister som IVO konstaterat. Redovisningen ska även innehålla:

- Eventuella åtgärder som nämnden har genomfört eller planerar att genomföra för att komma tillrätta med bristerna.
- Effekterna av åtgärderna för enskilda brukare i verksamheten.
- När åtgärderna genomfördes eller kommer att genomföras.

Socialnämndens inställning

Socialnämnden ser allvarigt på de brister som framkommit och har inställningen att verksamhet under nämndens ansvar ska bedrivas i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. De brister som en tillsyn synliggör väger tungt. Systematiskt kvalitetsarbete bedrivs och kommer att bedrivas för att komma till rätta med bristerna i aktuell verksamhet. Erfarenheterna och den kunskap som tillsynen ger kommer att tas tillvara i liknande verksamheter.

Socialnämndens verksamheter utgår från ett ledningssystem för kvalitet. Där framgår att kvalitet uppnås:

- När behov tillgodoses och förväntningar hos dem vi finns till för infrias, på ett kostnadseffektivt sätt samtidigt som krav och intentioner i lagar och mål uppfylls,
- När det sociala arbetets innehåll präglas av en evidensbaserad praktik och ständiga förbättringar.

Socialnämnden har sex mål. Målen definierar vad som krävs för att god vård och omsorg på lika villkor ska uppnås – kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Målen appliceras i verksamheterna genom en årlig verksamhetsplan med indikatorer som visar vad som är viktigt att åstadkomma för att uppnå målet. Under de senaste två åren har socialnämnden följt utvecklingen av målet om kunskapsbaserad vård och omsorg för verksamhetsområdet funktionsstöd vuxen där gruppboenden Smedås ingår. Trenden har hittills varit positiv. Verksamheterna har ett pedagogiskt ramverk som grund. Ett pedagogiskt ramverk är kunskaper som behövs i arbetet, kunskaper som personer med funktionsnedsättning kan förvänta sig att medarbetarna har samt teori, metod och värdegrund som ska delas inom arbetsgrupperna. För att kunna ge ett stöd som stärker individens självständighet, förmåga och utveckling ska medarbetare utgå från och använda bästa tillgängliga kunskap i det pedagogiska ramverket.

Socialnämndens verksamheter arbetar med processinriktat arbetssätt. Ett processinriktat arbetssätt är teambaserat. Team samarbetar för att nå samlade och gemensamma resultat. En förutsättning är att varje medarbetare förstår verksamhetens uppdrag. Det processinriktade arbetet ska vara en hjälp att:

- Se verksamheten utifrån och in.
- Sätta dem vi finns till för i fokus så att deras resa blir så sammanhängande och bra som möjligt.
- Få en samsyn som hjälper oss att samarbeta.
- Bättre ta tillvara på medarbetarnas kunskap och kompetens.
- Vara en modern verksamhet med modernt ledarskap.
- I våra processer få syn på hinder och arbeta bort dem så att vi ständigt förbättrar våra arbetssätt.

De åtgärder som genomförts eller planeras att genomföras vid gruppboenden Smedås (enligt nedan) går hand i hand med systematiskt kvalitetsarbete, målen för att god vård och omsorg på lika villkor ska uppnås samt processinriktat arbetssätt. Gruppboenden Smedås har genomfört förbättringsarbete under de senaste två åren och kommer att fortsätta på sin förbättringsresa och bidra med lärande till liknande verksamheter.

Socialnämndens sammanträde i september 2023 kommer att innehålla ett tema kring att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder och de åtgärder som planeras för att komma tillrätta med bristerna kommer att följas upp.

Under nedanstående rubriker har IVO konstaterat brister. Under varje rubrik presenteras åtgärder som genomförts eller planeras att genomföras för att komma tillrätta med bristerna samt effekterna av åtgärderna för enskilda brukare i verksamheten.

Brukarna i boendet kan övervakas via tittögon i lägenhetsdörrar – genomförd åtgärd:

Samtliga tittögon har vänts rätt, det vill säga att brukaren kan se ut och personal kan inte se in. Åtgärden genomfördes 2022-05-20, i direkt anslutning till att problematiken uppdagades.

Effekterna av åtgärden är att risken för att tittögon används i syfte att övervaka enskilda brukare är undanröjd.

En brukare utsätts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder i form av inlåsning – planerade åtgärder:

Risikanalyser med handlingsplan kommer att revideras, där de åtgärder om nödvärn som finns i dagsläget tas bort. Handlingsplanen samt vad nödvärn innebär blir istället en stående punkt på arbetsgruppens möte var tredje vecka. Revideringen av handlingsplanen förväntas vara färdigställd senast 2023-04-01.

En kompetensutvecklingsdag med tema om tvångs- och begränsningsåtgärder, funktionsnedsättningar vi möter och kartläggning kommer att genomföras 2023-03-22.

Kompetensen hos medarbetarna kommer ytterligare att stärkas genom deltagande i utbildningen Studio 3 som ska ge fördjupad kunskap om hur vi skapar bra förutsättningar för att hantera, förstå och förebygga utmanande beteende. Deltagande i utbildningen är under planering med målsättning att den ska genomföras under 2023.

De förväntade effekterna av åtgärderna är ökad förståelse och kunskap om att bemöta människor med utmanade beteende och att det ska ge ökad kunskap om människor med särskilda behov och exempel på vad man som medarbetare behöver tänka på i olika situationer. Det ska bidra till att brukare inte utsätts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder.

Verksamheten använder brukares dörrlarm som kan upplevas integritetskränkande – planerade åtgärder:

Larmsystemet på gruppboenden har setts över. Ett nytt system är upphandlat och kommer att vara i bruk under de närmaste månaderna, om installation går enligt planering. Larmsystemet kommer då istället att vara kopplat till en telefon som den personal som arbetar hos individen bär. Åtgärden kommer att genomföras inom de tre närmsta månaderna, senast 2023-04-30.

Effekterna av åtgärden förväntas vara att undanröja risken för larm som kan upplevas som integritetskränkande av brukare.

Flera av brukarna har individuellt bedömda begränsningsåtgärder i syfte att skydda och hjälpa brukarna – planerade åtgärder:

Gruppboenden Smedås bedriver systematiskt kvalitetsarbete. Det sker genom uppföljning av riskanalyser som ligger till grund för eventuella skyddsåtgärder

och äger rum var sjätte vecka under brukarmöte i syfte att utvärdera om situationen omkring den enskilde har förändrats. Under dessa möten arbetar verksamheten utifrån en checklista som bland annat innefattar riskanalyser, kartläggningar och förändringar i genomförandeplaner. Det finns också utrymme under den dagliga rapporteringstiden i boendet för reflektioner och eventuella justeringar. En gång om året görs en större genomlysning av samtliga riskanalyser.

En kompetensutvecklingsdag med tema om tvångs- och begränsningsåtgärder, funktionsnedsättningar vi möter och kartläggning kommer att genomföras 2023-03-22.

Arbetet med systematisk uppföljning av riskanalyser påbörjades under hösten 2021 men utvecklades efter tillsynen genom att en särskild checklista för brukarmöte togs fram där riskanalys, kartläggningar och ändringar i genomförandeplaner finns med som en stående punkt. De effekter som uppnås genom detta är att eventuella tvångs- och begränsningsåtgärder uppmärksammas och kan hanteras och förebyggas i arbetsgruppen. Alternativa arbetssätt kopplat till riskerna som finns hos den enskilde kan tas fram.

Personalen behöver ha enhetligt arbetssätt för att skapa trygghet, säkerhet och förutsägbarhet för brukarna – planerade åtgärder

Verksamhetsområdet funktionsstöd vuxen inom Socialnämnden i Kalmar kommun utgår från en gemensam kunskaps- och utbildningsplattform kallad Pedagogiskt ramverk. Med kunskap som grund skapas samsyn på uppdraget och förutsättningar för enhetlighet i arbetssätt. I konceptet ingår att kartlägga fokusområden där kunskap behöver inhämtas. Därefter upprättas en handlingsplan för arbete med de aktuella fokusområdena. Enhetschefen för gruppobostad Smedås upplever att handlingsplanen för föregående år, med fokus på kartläggning och tydliggörande pedagogik, har gett effekter i arbetet där arbetsgruppen har en ökad samsyn idag samt fler verktyg för att bemöta och hantera olika situationer. Ur ett arbetsmiljöperspektiv har andelen avvikelser och tillbud utifrån hot och våld har också minskat.

Gruppobostaden Smedås har i en handlingsplan för 2023 identifierat tre fokusområden - funktionsnedsättningar vi möter, kartläggning samt tydliggörande pedagogik. 2023-01-31 kommer en handlingsplan att färdigställas och implementeras.

Medarbetarna vid gruppobostaden Smedås kommer att tillsammans med andra verksamheter inom verksamhetsområdet Funktionsstöd vuxen genomgå utbildning i processororienterat arbetssätt. Utbildningen kan i korthet sägas lägga fokus på uppdraget, att utgå från den enskilde individens behov i alla delar av samhället som den enskilde möter samt vikten av samverkan där behoven finns. Åtgärden förväntas vara genomförd senast 2023-05-31.

Medarbetarna vid gruppobostad Smedås kommer även att delta i utbildningen Studio 3. Kompetensen hos medarbetarna kommer att stärkas och som ska ge fördjupad kunskap om hur vi skapar bra förutsättningar för att hantera, förstå

och förebygga utmanande beteende. Deltagande i utbildningen är under planering med målsättning att den ska genomföras under 2023.

De sammantagna och förväntade effekterna av åtgärderna är att den stärkta kompetensen hos medarbetarna ska leda till utveckling av enhetligt arbetssätt för att skapa trygghet, säkerhet och förutsägbarhet för brukarna.

Teresa Tolic ´ Trossmo, Verksamhetschef

Verksamhetsområde funktionsstöd vuxen, Socialförvaltningen

Kalmar kommun

SOCIALFÖRVALTNINGEN Kalmar	
2023 -01- 04	
Diariern SN2022/0274	Diarietkod 01.08

BESLUT

2023-01-02

Dnr 3.5.1-12616/2022-14

1(9)

Ert dnr: SN 2022/0274.01.08

Kalmar kommun
Box 611
391 26 Kalmar

Diarietkod	Diariern
2023 -01- 04	
SOCIALFÖRVALTNINGEN Kalmar	

Huvudman

Kalmar kommun

Ärendet

Tillsyn av förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder eller andra kränkningar vid Smedås gruppbostad som drivs av Kalmar kommun.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har konstaterat följande brister:

- Samtliga brukare kan övervakas via tittögon i lägenhetsdörrarna.
- Det förekommer inlåsning av en brukare vid hens utåtagerande beteende.
- En brukares dörrlarm används på ett sätt som kan upplevas som integritetskränkande.

IVO begär med stöd av 26 c § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, att nämnden redovisar sin inställning till de brister som IVO konstaterat. Redovisningen ska även innehålla de eventuella åtgärder som nämnden har genomfört eller planerar att genomföra för att komma till rätta med bristerna, samt effekten av åtgärderna för enskilda brukare i verksamheten. Redovisningen ska avslutas med uppgift om när åtgärderna genomfördes eller kommer att genomföras.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast *den 10 februari 2023*. Om nämnden inte åtgärdar bristerna kan IVO komma att fatta beslut om att förelägga kommunen att genomföra åtgärder.

Skälen för beslutet

IVO bedömer att det förekommer allvarliga integritetskränkande åtgärder i form av felvända tittögon i lägenhetsdörrarna hos samtliga brukare på Smedås. Detta bedömer IVO som en brist. Det saknas för övrigt också dokumentation om åtgärden såsom syftet med åtgärden och vilka mindre ingripande åtgärder som provats.

Vidare har IVO fått uppgifter från personal och ledning om att det förekommer inlåsning av en brukare vid hens utåtagerande beteende. IVO bedömer att en sådan begränsning av en brukares rörelsefrihet inte är förenlig med vad som följer av 6 § LSS.

En av brukarna har ett dörrlarm som ljuder i hela gruppboenden när den öppnar sin dörr. Enligt IVO är larmet inte förenligt med kravet på god kvalitet eftersom det kan upplevas som integritetskränkande.

För övrigt förekommer begränsningsåtgärder, både generella i form av låsta fönster och altandörrar samt olika individuella åtgärder i form av avstängt vatten, låst kök och begränsad tillgång till mat och dryck. Flera av de individuella åtgärderna har föregåtts av att mindre ingripande åtgärder provats och personalen genomför generellt inte några åtgärder mot den enskildes vilja. Riskanalyser och handlingsplaner finns upprättade. IVO anser att ledningen kontinuerligt behöver fortsätta att följa upp samtliga begränsningsåtgärder med målsättningen att de ska ingripa i så liten utsträckning som möjligt i den enskildes liv.

Brukarna har genomförandeplaner som beskriver hur stödet ska utformas och genomföras. Trots det framkom det vid intervjuerna med både personal och ledning att personalen saknar enhetliga arbetssätt och att tidigare fungerande kommunikationsstöd inte längre används. Det framkom även i en till IVO inkommen lex Sarah-anmälan (dnr. 18612/2022) att personal underlåtit att följa uppgjorda rutiner i genomförandeplanen. IVO vill därför påtala vikten av att ledningen verkar för en trygg, säker och förutsägbar tillvaro för samtliga brukare genom att personalen har enhetliga arbetssätt.

Under inspektionen samtalade IVO med tre brukare som samtliga valde att ha personal med sig vid samtalen. Alla tre brukarna uttryckte att de trivdes i boendet, kände sig trygga och hade inflytande över sin vardag. De trivdes överlag med personalen, men en brukare berättade att hen inte kom överens med en särskild personal. I samband med att brukaren tog upp det med IVO blev brukaren orolig och ville avsluta sitt samtal. Brukarna berättade för övrigt att de tog upp med personalen om de tyckte att något inte fungerade och upplevde att de blev lyssnade till. Enligt brukarna finns det inget de vill ändra på i boendet.

Enligt 5 § lagen (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS, ska verksamhet enligt denna lag främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som anges i 1 §. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra.

Det framgår av 6 § LSS att verksamheten ska vara av god kvalitet. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten ska också systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För verksamhet enligt denna lag ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges.

Enligt 7 § LSS ska den enskilde genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

IVO:s bedömning av användning av tvångs- och begränsningsåtgärder utgår ifrån att LSS helt bygger på frivillighet. Inom LSS får verksamheten därmed inte genomföra åtgärder mot den enskildes vilja. I de fall en brukare kan lämna ett uttryckligt och informerat, så kallat reellt, samtycke ska verksamheten hämta in ett sådant. Det förekommer att brukare, exempelvis på grund av olika psykiska och/eller intellektuella funktionsnedsättningar, inte har förmåga att lämna ett sådant samtycke. I sådana fall måste verksamheten noggrant fastställa att de inte genomför åtgärden mot den enskildes vilja. Verksamheten kan enbart genomföra vissa särskilt ingripande åtgärder om den enskilde har lämnat ett reellt samtycke. Verksamheten kan därför inte genomföra den typen av åtgärder för brukare som inte kan lämna ett sådant samtycke.

Insatser enligt LSS ska vara av god kvalitet. När IVO bedömer om en begränsande åtgärd är god kvalitet utgår IVO från följande utgångspunkter.

- Syftet med åtgärden är att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde, samt att
- verksamheten har gjort en individuell behovsbedömning före åtgärden och
- först har genomfört eller övervägt mindre ingripande åtgärder.

Syftet med åtgärden får inte vara att kompensera för

- brister i bemanningen,
- brister i personalens kompetens eller
- att verksamheten bedrivs i lokaler som inte är lämpliga för sitt ändamål.

Det behöver också finnas ett löpande och levande arbete kring alla begränsningsåtgärder och verksamheten behöver fortsätta att utvärdera effekten av de åtgärder de använder.

Begränsande åtgärder kan i vissa fall vara godtagbara utan att den enskilde har lämnat ett reellt samtycke, om verksamheten noggrant har försökt fastställa att åtgärden inte sker mot den enskildes vilja, att personalen har en god kännedom om den enskilde samt att ovanstående kriterier för kvaliteten i insatsen är uppfyllda. I sådana fall måste verksamheten vara ännu mer noggrann i arbetet med att ständigt utvärdera de åtgärder de använder samt dokumentera detta. Verksamheten måste också vara vaksam på om det sker förändringar som gör att de måste ompröva sina tidigare ställningstaganden.

Det framgår av förarbetena till LSS att målet för verksamheten ska vara att den enskilde ska kunna skapa sig ett värdigt liv, så likt andra människors som möjligt och i gemenskap med andra människor. Insatserna ska utformas så att de ökar den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv. De får inte ges formen av ett beskyddande omhändertagande där

den enskilde själv spelar en passiv roll. Det bör i stället eftersträvas att den enskilde själv tar aktiv del i beslut om olika insatser (prop. 1992/93:159 s. 50 och 172 f.).

Brukarna i boendet kan övervakas via tittögon i lägenhetsdörrarna

IVO bedömer att samtliga brukare i boendet utsätts för integritetskränkande åtgärder i form av tittögon i brukarnas lägenhetsdörrar. Tittögonen är felvända vilket gör det möjligt för personer utanför brukarnas lägenhetsdörrar att obemärkt kika in i lägenheterna. IVO bedömer att tittögonen utgör en brist då det saknas samtycken till åtgärden från brukarna samt då åtgärden inte föregåtts av någon individuell behovsprövning.

IVO menar att ett felvänt tittöga i en lägenhetsdörr utgör en starkt integritetskränkande åtgärd. Som huvudregel kan åtgärden därför inte vidtas utan att den enskilde brukaren till fullo förstår vad åtgärden innebär och uttryckligen samtycker till den. Användning av tittögon utan ett reellt samtycke från brukarna kan inte anses vara förenligt med kravet på god kvalitet och respekt för den enskildes självbestämmande och integritet enligt 6 § LSS. Varken vid IVO:s inspektion av verksamheten eller i den dokumentation IVO har fått ta del av har det framkommit att samtycken inhämtats eller att mindre ingripande åtgärder övervägts eller provats innan tittögonen monterades i brukarnas lägenhetsdörrar. Nämnden har inte kunnat visa någon dokumenterad bedömning i samband med att åtgärderna infördes.

Utifrån de uppgifter IVO fått från personalen så är det sällsynt att personalen använder tittögonen. Enligt IVO:s uppfattning utgör dock möjligheten till detta ett tillräckligt skäl för att tittögonen ska bedömas som en brist. Därutöver menar IVO att omständigheten att titthålen sällan används ger anledning att ifrågasätta behovet av dem. Även det faktum att samtliga boende har tittögon i sina lägenhetsdörrar talar mot att tittögonen tillgodoser ett individuellt behov av stöd och hjälp.

Med anledning av att det saknas dokumenterade bedömningar av tittögonen vill IVO även uppmärksamma nämnden på följande. Det framgår av 4 kap. 9 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS2 014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS att åtgärder som vidtas vid genomförande av en insats fortlöpande och utan oskäligt dröjsmål ska dokumenteras i journalen. Detsamma gäller faktiska omständigheter och händelser av betydelse för genomförandet av en insats. Det ska framgå av journalen när åtgärder har genomförts och av vem, när det har inträffat faktiska omständigheter eller händelser av betydelse, och när en handling av betydelse för genomförandet eller uppföljningen av en insats har kommit in till eller upprättats av den som bedriver verksamhet. Att verksamheten inför en integritetskränkande åtgärd vid genomförandet av insatsen ska därmed dokumenteras.

Vid inspektionen av verksamheten uppmärksammade inspektörerna att samtliga brukare hade felvända tittögon monterade på sina lägenhetsdörrar. Vid intervjun med personalen berättade de intervjuade att de inte använder tittögonen. De sa också att de inte har reagerat på att tittögonen är felvända och att man ser in i brukarens lägenhet istället för att

brukaren ser ut från lägenheten. Det framkommer dock att de använder tittögat hos en brukare som är utagerande för att se om hen har lugnat ner sig innan personalen går in till brukaren. Ledningen sa sig inte vara medveten om att tittögonen på brukarnas lägenhetsdörrar var felvända. IVO har inte funnit några uppgifter om tittögonen i brukarnas dörrar i den dokumentationen som IVO fått ta del av.

En brukare utsätts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder i form av inlåsning

IVO bedömer att det förekommer otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder i form av inlåsning av en brukare när hen uppträder utåtagerande. Även om det är sällan förekommande och handlar om kortare stunder i samband med att brukaren är utåtagerande och då behöver vara själv för att lugna ner sig, bedömer IVO åtgärderna som otillåtna.

IVO bedömer att verksamheten brustit genom att faktiskt begränsa en enskild brukares rörelsefrihet. Verksamhetens personal har vid några tillfällen fysiskt förhindrat den enskilde att lämna sin lägenhet då denne agerat ut och ansetts utgöra fara för sig själv, personal och andra brukare. Vid några tillfällen ska hen också handgripligen ha tvingats in på rummet. Detta är inte förenligt med vad som följer av 6 § LSS. Enligt denna bestämmelse ska verksamhet enligt LSS vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. LSS bygger således på frivillighet och innehåller inga bestämmelser som tillåter tvång eller begränsning. Åtgärder får därför inte vidtas mot den enskildes vilja.

IVO menar att ett arbetssätt där personalen försöker avleda och även hjälper den enskilde att avlägsna sig för att lugna ned sig är i enlighet med gällande rätt. Att därvid fysiskt tvinga den enskilde att gå in på sitt rum eller förhindra hen att lämna rummet saknar dock stöd i lag.

Enligt ledningen var det tidigare ledning som tagit beslut om åtgärder med inlåsning vid hot- och våldssituationer. Åtgärderna ska ha vidtagits med motiveringen att skydda den enskilde brukaren, personal och övriga brukare i boendet. Oavsett vem som tagit beslut om åtgärder med inlåsning och oavsett motiveringen vill IVO uppmärksamma nuvarande ledning på följande.

Av 24 kap. brottsbalken (BrB) framgår bestämmelser om ansvarsfrihet för handlingar som företagits i nödvärn eller nöd. Dessa bestämmelser innebär att gärningar som normalt är straffbara under vissa förhållanden kan medföra att en person går fri från ansvar. Bestämmelserna innebär bl.a. att den som handlar i nöd för att avvärja fara för liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse under vissa förutsättningar kan vara fri från ansvar. Det som är aktuellt inom vård och omsorg är främst fara för liv och hälsa. Handlingen måste stå i proportion till den fara som föreligger. Normalt krävs också att handlingen har varit behövlig. I vart fall ska ett upphävande av situationen inte skäligen kunna vinnas på annat sätt. Att med våld eller

tvång förhindra att någon kastar sig ut från ett fönster eller från en balkong eller att förhindra att någon allvarligt skadar en annan person är exempel på nödsituationer där nödrätten eventuellt skulle kunna åberopas. Situationen måste dock vara sådan att det finns en verklig, allvarlig och överhängande fara för liv och hälsa.

Nödbestämmelserna ska endast tillämpas i undantagsfall. Nödrätten får inte heller ligga till grund för rutinmässiga ingripanden, utan är avsedd att användas vid en enstaka händelse. Det är inte möjligt att vidta åtgärder inom vård och omsorg under en längre tid med motivering att det är en pågående nödsituation. Nödrätten kan inte åberopas för handlingar som vidtas i behandlingssyfte eller för att få någon att "uppföra sig" på ett visst sätt. Det är inte heller tillåtet att med hänvisning till allmänna ansvarsfrihetsgrunder återkommande hantera utagerande beteende med fysiska ingripanden. Verksamheten kan inte heller vid varje icke önskvärdt beteende hänvisa till nödvärn alternativt nödrätt då en proportionalitetsbedömning alltid måste ske. Kan situationen lösas på annat sätt ska så ske. Det är vidare viktigt att verksamheten, efter en händelse då fysiskt ingripande bedömts nödvändigt, dels noggrant dokumenterar det inträffade, dels följer upp och analyserar hur verksamheten ska arbeta för att undvika att en sådan situation inträffar igen. Det är ytterst en sak för domstol att avgöra vilka ageranden som faller inom ansvarsfrihetsgrunderna.

En annan brukare har en halvdörr monterad innanför lägenhetsdörren. Halvdörren kan låsas och innebär då att brukaren inte kan ta sig ut från sin lägenhet, brukaren kan iaktta vad som sker utanför dörren och förbipasserande kan se såväl brukaren som in i hans lägenhet. Enligt både personal och ledning används inte halvdörren. Enligt IVO:s bedömning utgör dock denna halvdörr en möjlig inlåsning av brukaren som är både otillåten och kränkande, dessutom bidrar en sådan åtgärd starkt till att miljön inte uppfattas som hemlik. IVO noterar dock att ledningen uppgett att dörren ska ses över då den inte längre behövs.

Verksamheten använder brukares dörrlarm på ett sätt som kan upplevas integritetskränkande

IVO bedömer att verksamheten brister i sin kvalitet då en brukares dörrlarm används på ett sätt som brukaren kan uppleva integritetskränkande. Vid inspektionstillfället var det ett dörrlarm knutet till en brukares lägenhetsdörr som var konfigurerat så att det ljud i gruppbestadens gemensamhetsutrymme. IVO bedömer att brukaren kan uppleva detta integritetskränkande samt att det även bidrar till att miljön inte uppfattas som hemlik.

En bostad med särskild service enligt LSS utgör den enskildes hem. Om en enskild har behov av larm på sin lägenhetsdörr är det enligt IVO:s bedömning inte lämpligt att dörrlarmet är konfigurerat så att det ljuder i verksamhetens gemensamhetsutrymme. IVO kan se och utläsa att det individuellt bedömda larmet utgör ett viktigt stöd och skydd för brukaren. Larmet fungerar som en garant för personalstöd när behov uppstår under stunder som brukaren är ensam. Det stödet behöver dock kunna ges utan att samtliga personer som vistas i verksamhetens lokaler uppmärksammas på det. Det framgår av 5 § LSS att målet

med verksamhet är att den enskilde ska få möjlighet att leva som andra, vilket inte uppnås med en larmkonstruktion som den som finns på Smedås. Verksamheten måste också i enlighet med 6 § LSS respektera den enskildes integritet i alla situationer och vid alla tillfällen, oberoende av den enskildes förmåga och hjälpbehov.

Vid IVO:s inspektion uppmärksammade inspektörerna när dörrlarmet ljöd i gemensamhetsutrymmet. IVO fick information av personalen att brukaren kände till larmet och kunde själv stänga av det. Enligt personalen var larmet till för att uppmärksamma personalen på att brukaren ville något eller var på väg ut.

Flera av brukarna har individuellt bedömda begränsningsåtgärder i syfte att skydda och hjälpa brukarna

IVO bedömer att det förekommer en rad individuellt begränsande åtgärder för flera av brukarna. Det handlar om begränsning och/eller tilldelning av mat och dryck, begränsad tillgång till det egna köket på natten och avstängt vatten på natten. Av dokumentationen IVO fått ta del av framgår att begränsningsåtgärderna har föregåtts av riskbedömningar och är motiverade som åtgärder för att skydda, stödja, hjälpa och aktivera respektive brukare som är föremål för åtgärden. Det är otydligt i dokumentationen i vilken utsträckning mindre ingripande åtgärder har övervägts eller provats och i så fall med vilket resultat. IVO kan i handlingsplaner och genomförandeplaner ändå se att det genomgående arbetssättet är att inte genomföra åtgärder mot den enskilde brukarens vilja. Det finns tydliga beskrivningar på hur personalen kan arbeta för att vägleda och stödja brukaren i olika situationer och då med målsättningen att brukaren inte ska komma till skada utan kunna må så bra som möjligt. Vid ledningsintervjun berättade enhetschefen att hen har inventerat vilka begränsningsåtgärder som förekommer. Vissa begränsningsåtgärder har plockats bort och effekten har utvärderats. Andra bedömdes behöva kvarstå, men ska enligt enhetschefen omprövas regelbundet. IVO vill ändå uppmärksamma nämnden på vikten av att åtgärderna återkommande följs upp och utvärderas och att vid dessa tillfällen alltid överväga om mindre ingripande åtgärder är möjliga.

IVO uppmärksammade vid inspektionen att samtliga fönster och altandörrar är låsta både i brukarnas egna lägenheter och också i de gemensamma utrymmena. IVO fick information om att det är samma nyckel som går till brukarnas lägenhetsdörrar som också går till fönstren och altandörrarna. Alla brukare har dock inte förmåga att låsa upp en dörr eller ett fönster med hjälp av en nyckel. Under dagtid är verksamheten bemannad med en personal per brukare och enligt personal och ledning kan brukarna alltid få stöd och hjälp så snart de behöver. Enligt IVO finns det ändå skäl att se över och överväga alla typer av generella åtgärder, inte minst för att brukare inte ska utsättas för otillåtna begränsningsåtgärder. Dessa åtgärder ger dessutom boendet en institutionell prägel vilket inte är förenligt med intentionerna i LSS och vad som framgår av 5 § LSS att få möjlighet att leva som andra.

Personalen behöver ha ett enhetligt arbetssätt för att skapa trygghet, säkerhet och förutsägbarhet för brukarna

IVO bedömer att personalen behöver ha ett enhetligt arbetssätt för att kunna skapa trygghet, säkerhet och förutsägbarhet för brukarna. Ny personal behöver ha tillräcklig kompetens och få nödvändig introduktion så att exempelvis fungerande kommunikationsstöd och hjälpmedel implementeras och används. Trots att brukarnas genomförandeplaner ger förutsättningar för personalen att kunna arbeta lika så blev det uppenbart vid intervjuerna att det förekommer schismer och olika uppfattning i personalgruppen om stödets utformning. Förutom att viss personal inte följer uppgjorda arbetssätt så framkom också att det varit hög personalomsättning i verksamheten. Nyrekryterad personal saknar rätt utbildning och kompetens. Det i sig har enligt personalen inneburit att exempelvis kommunikationsstöd och andra hjälpmedel och arbetsmetoder inte används. Enligt enhetschefen är verksamheten tillräckligt bemannad för att tillgodose brukarnas behov, men även enhetschefen ansåg att personalen tappat arbetssätt som tidigare använts, såsom tydliggörande pedagogik.

I en till IVO inkommen lex Sarah-anmälan den 22 juni 2022 (dnr. 18612/2022) framgår att personal inte följt uppgjorda rutiner i stödet till en brukare vilket resulterade i en så pass allvarlig händelse att brukaren avled.

Både personalen och enhetschefen berättade vid intervjuerna att Kalmar kommun tagit fram ett pedagogiskt ramverk som har till syfte att ge en bra utbildningsbas för det dagliga arbetet. Implementering pågick enligt enhetschefen och materialet innehåller bland annat utbildning i tydliggörande pedagogik i form av bland annat olika kommunikationsstöd och i lågaffektivt bemötande. Nämnden har bifogat information om materialet i samband med kommunikeringen. Enligt enhetschefen kommer det nu att finnas potential att komma vidare med ett mer enhetligt arbetssätt. Personalen kommer också att få handledning som stöd i implementeringen.

IVO påtalar ändå vikten av enhetliga arbetssätt som skapar trygghet och en förutsägbar tillvaro för brukarna. I socialstyrelsens handbok Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS under kapitel 8 framgår att insatserna i en bostad med särskild service till stor del är beroende av personalen och hur den kan tillgodose den enskilde brukarens behov av stöd, service och omvårdnad. Att kunna förstå och tolka brukarens viljetryningar är av avgörande betydelse, likaså att hjälpa brukaren att hitta verktyg för att kunna förmedla sina behov och önsknings. I 4:e kapitlet i samma handbok beskriver Socialstyrelsen hur personalen med hjälp av tydliggörande pedagogik kan hjälpa brukaren att ge förutsägbarhet och förståelse för aktiviteter och händelser och på så sätt undvika osäkerhet och frustration som kan leda till utmanande beteenden.

Underlag

- Tjänsteanteckning Rundtur i verksamheten den 19 maj 2022
- Tjänsteanteckning Sammanfattning brukarsamtal den 19 maj 2022

- Protokoll från personalintervju den 18 maj 2022
- Protokoll intervju med ledning och hälso- och sjukvårdspersonal den 18 maj 2022
- Synpunkter från ledning och hälso- och sjukvårdspersonal efter faktagranskning av protokoll den 2 juni 2022
- Uppgifter i kommunens dokumentation som inkom till IVO den 22 april 2022, riskanalys, genomförandeplaner och social journal rörande samtliga brukare på Smedås gruppbostad
- Nämndens yttrande med bifogat material Pedagogiskt ramverk som inkom den 12 september 2022
- Inkommen lex Sarah-anmälan den 22 juni 2022 med dnr. 18612/2022

Ytterligare information

IVO genomför en nationell tillsyn av LSS-boenden för vuxna, bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS. Tillsynen ska bidra till att personer med funktionsnedsättningar inte blir utsatta för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder eller andra kränkningar i sitt boende. Tillsynen är avgränsad till gruppbostäder. IVO genomför tillsynen i de gruppbostäder där IVO genom ett strukturerat urval har identifierat boenden med hög risk för förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder samt andra kränkningar. Tillsynen omfattar totalt 90 gruppbostäder i 83 kommuner och pågår under 2022 och 2023.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Carina Ragnarsson. Inspektörerna Marie Eng och Erika Hansson har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Lena Fyhr har varit föredragande.