

BESLUT

2025-02-13

Dnr 3.5.1-22558/2024-12

1(5)

Ert dnr 26 kap 1 § OSL

Nämnden för funktionsstöd i Göteborgs Stad
Box 4053
422 04 Hisings Backa

Huvudman

Nämnden för funktionsstöd i Göteborgs stad.

Ärendet

Tillsyn av gruppbostad Klåva Gårdsväg i Göteborg.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inledde en tillsyn efter att det till IVO inkom flera upplysningar med information om hygien på boendet, brukarnas tillgång till gemensamhetsutrymmen, brukarnas tillgång till stöd samt att det förekommit incidenter med våld. Tillsynen har haft fokus på brukarnas tillgång till stöd samt trygghet och säkerhet.

Beslut

IVO har konstaterat följande brist:

- Verksamheten uppfyller inte kraven på god kvalitet.

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

Redovisningen ska ha kommit in till IVO **senast den 14 mars 2025**. Om nämnden inte åtgärdar bristen kan IVO komma att fatta beslut om att förelägga nämnden, med eller utan vite, att genomföra åtgärder.

Skälen för beslutet

IVO inledde en tillsyn av verksamheten efter att det under perioden juni 2023 till augusti 2024 inkom 19 upplysningar till IVO. Informationen rörde bland annat att det varit incidenter där brukare utsatt personal för våld och att brukare levde i en misär ^{26 kap 1} 26 kap 1. Både boende- och arbetsmiljön beskrevs som undermålig. Under hösten 2024 har det fortsatt att komma upplysningar till IVO med

allvarlig information, bland annat att det varit ytterligare incidenter med våld och hot i verksamheten. IVO har genomfört två oanmälda inspektioner i gruppbestaden, den 8 augusti 2024 och den 26 november 2024.

Verksamheten uppfyller inte kraven på god kvalitet

IVO bedömer att verksamheten inte uppfyller kraven på god kvalitet enligt 6 § LSS eftersom brukarna under lång tid vistats i en otrygg miljö och inte fullt ut fått sina behov tillgodosedda. Situationen i gruppbestaden har medfört en otrygghet för samtliga brukare. Utöver faktiska händelser i verksamheten har det även varit en hög personalomsättning, vilket sannolikt ytterligare förstärkt känslan av otrygghet samt försvårat brukarnas möjligheter att få den omsorg som de är i behov av och som ingår i insatsen bostad med särskild service.

IVO kan, efter två genomförda inspektioner, konstatera att det fortsatt är en otrygg situation i gruppbestaden. Även efter det att en brukare 26 kap 1 § OSL flyttade från verksamheten 26 kap 1 §, har det varit incidenter med våld och verksamhetens personalgrupp är i stort sett utbytt. IVO konstaterar vidare att nämnden har vidtagit vissa åtgärder men att dessa uppenbart inte varit tillräckliga, vilket bland annat närmare 300 avvikelser under perioden augusti 2023 till augusti 2024 påvisar.

IVO anser att det är allvarligt att brukarna under lång tid haft ett boende som inte varit tryggt och att det påverkat deras möjlighet att få det stöd som de har behov av och rätt till.

Vid inspektionen i augusti 2024 intervjuades en personal och gruppbestadens resurschef. Personal uppgav att en brukare hade försämrats 26 kap 1 § OSL, vilket hade pågått under ca ett års tid. Personal kunde endast vid enstaka tillfällen motivera 26 kap 1 § OSL. Situationen påverkade de andra brukarna på olika sätt, till exempel gick inte gruppbestadens gemensamma kök att använda för matlagning. En städfirma hade anlåtats för regelbunden städning och det hade upprättats en hygienstation utanför brukarens lägenhet, men dessa åtgärder hjälpte inte. Övriga brukare fick laga mat i sina lägenheter. En brukare ville äta sin mat och promenera i gemensamhetsutrymmet, vilket inte var möjligt. En annan brukare ville inte alls vistas i gemensamhetsutrymmet och situationen påverkade brukarnas möjlighet till aktiviteter. Brukarna beskrevs även som oroliga över att inte få hjälp av personalen.

IVO har även samtalat med en brukare som uttryckte att det var otryggt i gruppbestaden. Det berodde enligt brukaren på att det har förekommit hot, våld och skrik samt att polis och väktare varit där flera gånger. Brukaren berättade att hen mest vistades i sin lägenhet. Då det var många vikarier kände brukaren inte att hen kunde få den hjälp som hen behöver. Nämnden har själv konstaterat, i en utredning enligt lex Sarah daterad den 26 26 kap 1 § OSL, att situationen i gruppbestaden medfört konsekvenser för samtliga brukare.

Resurschefen uppgav vid intervjun att han tillträtt som chef i verksamheten sex veckor innan inspektionen. Han uppgav att det mest handlat om att lösa akuta situationer i verksamheten. Enligt resurschefen tyckte personalen att det var svårt att arbeta med den brukare som försämrats 26 kap 1 §, men även med de övriga brukarna i gruppbestaden.

Han uppgav att situationen i gruppboenden hade aviserats inom förvaltningens alla led sedan ett år tillbaka och att olika försök hade gjorts till akuta och externa lösningar för en av brukarna. Vid intervjun framkom att det var en hög personalomsättning och sjukfrånvaro.

Vid IVO:s inspektion den 26 november intervjuades två personal. En av dem gjorde sin första arbetsdag i gruppboenden, efter tre introduktionspass. Den andra personalen hade varit anställd i verksamheten i ca ett år och var en av dem som arbetat längst i verksamheten. Den personalen som arbetat i verksamheten en längre tid uppgav att det varit flera incidenter där en brukare varit våldsam mot personal. Den sista incidenten var en och en halv vecka innan IVO:s inspektion, utöver det uppgav han att det varit ytterligare sex incidenter. Personalen uppgav att de arbetar utifrån aktuell handlingsplan, 26 kap 1 § OSL. Personal som intervjuades uppgav att han var med om en incident under sommaren, där han blev utsatt för våld 26 kap 1 §. Vid det tillfället var endast han och en vikarie i tjänst. Den senaste incidenten skedde på natten när endast en personal var i tjänst. Vid det tillfället fungerade inte verksamhetens larm.

Enligt SOSFS 2002:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS ska det finnas den kompetens som är nödvändig för att kunna tillgodose brukarnas individuella behov av att göra tillvaron begriplig, förutsägbar och trygg samt att kommunicera, upprätthålla sociala kontakter och bryta isolering.

Personalen uppgav att verksamhetens enhetschef inte är på plats i verksamheten så ofta, uppskattningsvis en gång per vecka. Metodhandledaren är på plats i verksamheten mer, men inte dagligen. Personal känner att ledningen är lite frånvarande och det kan vara svårt att nå dem till exempel vid incidenter i verksamheten. Även personal som intervjuades vid inspektionen i augusti 2024 uppgav att verksamheten haft flera tillfälliga chefer och att detta medfört en otrygghet för personal, även vad gäller arbetsätt.

Av 4 och 5 §§ SOSFS 2002:9 framgår att den personen som är utsedd att leda verksamheten ska ha tillräcklig kunskap och kompetens för att bland annat ansvara för att arbetet organiseras så att brukare genom omvårdnaden tillförsäkras goda levnadsvillkor, att omvårdnaden kännetecknas en god etik och ett värdigt bemötande, personal har den kunskap som behövs, personalens behov av handledning tillgodoses och verksamheten planeras, utvecklas och utvärderas.

Vid inspektionen den 26 november uppgav ledningen att det vidtagits många åtgärder i verksamheten under sommaren, men att det även varit en hög personalomsättning. Två ordinarie personal arbetade kvar. De bekräftade att det någon vecka innan inspektionen varit en allvarlig incident i verksamheten under natten. Utredningen som genomförts efter incidenten kom fram till att personal inte följt verksamhetens rutiner. Ledningen uppgav vidare att det finns en omfattande och detaljerad genomförandeplan 26 kap 1 § OSL och en separat handlingsplan för nattpersonal. Enhetschefen uppgav vidare att de på arbetsplatsträffar och andra möten haft fokus på bemötande, genomförandeplaner och metoder. IVO har tagit del av en rapport enligt lex Sarah (daterad den 26 kap 1 § OSL)

som rör olämpligt bemötande från personal mot brukare. En personal hade hört annan personal skrika hög och flera gånger ”backa”. När personal gick dit upptäcktes att en personal och en brukare [redacted] 26 kap 1 § OSL samtidigt som det var högt ljud. Utredningen som genomfördes visade på brister i bemötande, brist i följsamhet till upprättade rutiner, handlingsplaner och metoder.

Av 6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att den som bedriver verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Av nämndens yttrande framgår att gruppbestadens målerupp är personer med [redacted] 26 kap 1 § OSL. Åtgärder som genomförts i gruppbestaden är sanering, utökad regelbunden städning av städfirma, skyddsstopp i det allmänna köket, mätning av luftkvalitet och utökad bemanning. Flera SIP-möten (samordnad individuell plan) har hållits och även samverkansmöten med strategisk personal. Enhetschefen har gett löpande information och haft en dialog med personalen för att försäkra sig om att rutiner följs samt att avvikelser upprättas. De utredningar som genomförts enligt lex Sarah har konstaterat missförhållanden. Av yttrandet framgår att brukaren som försämrades [redacted] 26 kap 1 § OSL flyttade från gruppbestaden [redacted] 26 kap 1 § OSL, vilket medfört en större rörelsefrihet för övriga brukare. Det finns fortsatt behov av utbildningsinsatser inom bemötande, men arbetet med nya och tydligare rutiner samt att en brukare flyttat sågs vara en del i de positiva effekter som setts.

Nämnden har den 19 december 2024, efter kommunicering av beslutsunderlag, inkommit med svar till IVO. Där framgår bland annat att den hot och våldssituation som under en period varit kring en av brukarna är omhändertagen med tydliga metoder i bemötandet samt att väktare är på plats i gruppbestaden dygnet runt. [redacted] 26 kap 1 § OSL

[redacted] 26 kap 1 § OSL

Slutligen har IVO även tagit del av en förteckning över upprättade avvikelser för perioden augusti 2023 till augusti 2024. Sammantaget upprättades 297 avvikelser under perioden och majoriteten av dessa avser rättigheter och bemötande (97 avvikelser). 27 avvikelser rörde hygien och 31 avvikelser rörde utförande av insats.

Underlag

- Tjänsteanteckning, beslut om att inleda tillsyn (aktbilaga 1)
- Protokoll, intervju med ledning i samband med oanmäld inspektion (aktbilaga 3)
- Tjänsteanteckning, samtal med brukare i samband med oanmäld inspektion (aktbilaga 4)
- Protokoll, intervju med personal i samband med oanmäld inspektion (aktbilaga 5)
- Begärda handlingar från nämnden (aktbilaga 10)

- Yttrande samt bilagor från nämnden (aktbilaga 11)
- Tjänsteanteckning, telefonsamtal från anställd (aktbilaga 13)
- Protokoll fört vid intervju med personal i samband med oanmäld inspektion (aktbilaga 17)
- Protokoll fört efter intervju med ledning i samband med oanmäld inspektion (aktbilaga 18)
- Svar från nämnden efter kommunikering (aktbilagor 22, 24 och 25)
- Upplysningar som inkommit till IVO under perioden juni 2023 till november 2024

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Lennart Pettersson. Inspektören Emil Mesaros har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Jessica Ingemansson har varit föredragande.