

# Lunds kommun

Uppföljning av granskning avseende  
kvalitet inom äldreomsorgen.



Building a better  
working world

## Innehåll

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Inledning .....</b>	<b>3</b>
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor .....	3
2.3. Genomförande och avgränsning .....	3
2.4. Revisionskriterier.....	4
<b>3. Iakttagelser .....</b>	<b>5</b>
3.1. Verksamhetsområde särskilt boende .....	5
3.2. Åtgärder utifrån rekommendationen om systematiskt förbättringsarbete .....	5
3.3. Åtgärder utifrån rekommendationen om brukares delaktighet och inflytande .....	9
3.4. Uppföljning och kontroll .....	11
3.5. Åtgärder för att hindra/minska smittspridning till följd av coronapandemin.....	14
<b>4. Bedömning .....</b>	<b>16</b>
<b>Bilaga 1: Källförteckning .....</b>	<b>17</b>
<b>Bilaga 2 Kvalitetsnyckeltal 2018.....</b>	<b>18</b>

## 1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lunds kommun genomfört en uppföljande granskning med syfte att följa upp hur vård- och omsorgsnämndens fortsatta arbete med kvalitet inom särskilt boende har fortlöpt med utgångspunkt i revisionens iakttagelser, bedömningar och rekommendationer i samband med granskningen 2018.

Vår sammanfattande bedömning är att nämnden i tillräcklig utsträckning har vidtagit åtgärder utifrån de rekommendationer som lämnades i 2018 års granskningsrapport. Bedömningen görs mot bakgrund att det har antagits ett nytt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, att uppföljningen i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen har utvecklats samt hur nämnden agerat för att öka likvärdigheten mellan olika enheter. Resultat från brukarundersökningen visar även en tydlig förbättring sedan 2018. Nämnden tillser en tillräcklig uppföljning och kontroll av det systematiska kvalitetsarbetet genom den uppföljning och sammanställning som sker årligen på flera nivåer inom nämndens verksamhet.

Vi bedömer dock att nämnden behöver utveckla det systematiska arbetssättet med genomförandeplaner. Det är positivt att verksamheten har identifierat området som ett förbättringsområde och vi bedömer att det är av vikt för nämnden att följa utvecklingen.

Utifrån uppföljningens resultat vill vi uppmuntra vård- och omsorgsnämnden att säkerställa att genomförandeplaner upprättas och följs upp kontinuerligt i samtliga ärenden.

## 2. Inledning

### 2.1. Bakgrund

Socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet och inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Enligt socialtjänstlagen ska kommunen verka för att äldre människor får goda bostäder och att ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service.

År 2018 genomförde revisorerna en granskning av kvalitet i äldreomsorgen med fokus på särskilt boende. Granskningen visade att det fanns behov av att utveckla det systematiska förbättringsarbetet och arbeta för att stärka brukarnas upplevelse av delaktighet och inflytande. Därtill uppmärksammade granskningen att det i genomsnitt var ett stort antal medarbetare per chef, vilken medförde en risk för försämrade möjligheter till kvalitetsarbete.

Årligen genomförs en nationell brukarundersökning inom kommunernas äldreomsorg. Det samlade resultatet för Lunds kommun visar på att andel personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende som är mycket eller ganska nöjda med sitt särskilda boende ökade med 3 procent mellan åren 2018 och 2019 för att därefter minska med en procent 2020 (80%). Kommunens resultat ligger bland de tre lägsta vid jämförelse med kommuner med liknande förutsättningar för äldreomsorg<sup>1</sup>.

Mot bakgrund av ovanstående har de förtroendevalda revisorerna beslutat om att genomföra en uppföljande granskning avseende hur kvalitetsarbetet har utvecklats inom äldreomsorgens verksamhet för särskilt boende.

### 2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen har syftat till att följa upp hur vård- och omsorgsnämndens fortsatta arbete med kvalitet inom särskilt boende har fortlöpt med utgångspunkt i revisionens iakttagelser, bedömningar och rekommendationer i samband med granskningen 2018.

Granskningen har besvarat följande revisionsfrågor:

- ▶ På vilket sätt har nämnden arbetat med rekommendationerna i granskningsrapporten *Granskning av kvaliteten inom äldreomsorgen* från 2018 med tillhörande missiv?
- ▶ Har nämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt förbättringsarbete?
- ▶ Säkerställer nämnden brukarnas delaktighet och inflytande?
- ▶ Tillser nämnden en tillräcklig uppföljning och kontroll av det systematiska kvalitetsarbetet?
- ▶ Vilka åtgärder har vidtagits i syfte att hindra/minska smittspridning till följd av Coronapandemin?

### 2.3. Genomförande och avgränsning

Granskningen är en uppföljning som avser vård- och omsorgsnämnden. Granskningen är genomförd under perioden september-december 2021.

Granskningen har skett genom dokumentstudier och intervjuer med bland annat nämndens presidium, förvaltningsdirektör, MAS, kvalitetschef och urval av ansvariga chefer i verksamheten. Samtliga underlag och intervjuade funktioner framgår av källförteckning i bilaga 1.

---

<sup>1</sup> Eskilstuna, Växjö, Borås, Umeå, Norrköping, Jönköping och Örebro. Källa: Kolada.

Iakttagelser inleds med ett avsnitt som beskriver nämndens organisation avseende särskilda boenden för äldre. Därefter följer två avsnitt som redogör för vilka åtgärder som har vidtagits utifrån rekommendationerna i 2018 års granskning.

## **2.4. Revisionskriterier**

### ***Kommunallag (2017:725), 6 kap.***

Enligt kommunallagen ska nämnden besluta i frågor som rör förvaltningen, samt i frågor som fullmäktige har delegerat till dem. Nämnden ska inom sitt verksamhetsområde säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt, samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska vidare säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

### ***Socialtjänstlagen (2001:453)***

Av socialtjänstlagens fjärde kapitel framgår att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden, för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

I femte kapitlet framgår att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.

Kommunen ska följa upp insatserna med utgångspunkt i kommunens riktlinjer, insatsernas kvalitet och värdegrund.

### ***Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)***

Den som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Den som bedriver socialtjänst ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Med utgångspunkt i iakttagelser från riskanalyser, egenkontroller och avvikelser ska det vid behov vidtas förbättrande åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet.

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Det bör upprättas en årlig sammanhållen kvalitetsberättelse.

### ***Reglemente för vård- och omsorgsnämnden i Lund<sup>2</sup>***

Enligt reglemente ska nämnden fullgöra kommunens uppgifter som avser äldreomsorg och personer med funktionsnedsättning. Nämnden ansvarar bland annat för boende, service och vård i enlighet med socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

---

<sup>2</sup> KF 2021-06-22

### 3. Iakttagelser

#### 3.1. Verksamhetsområde särskilt boende

Inom verksamhetsområdet för särskilt boende för äldre (SBÄ) finns totalt 13 boenden i intern regi. Det framgår av nämndens verksamhetsberättelse för år 2020 att det under året fanns 579 lägenheter att tillgå i intern regi och att 284 av dessa var särskilt avsedda för brukare med demenssjukdom. Ett av boendena är särskilt inriktat på brukare med svår demenssjukdom eller annan psykiatrisk diagnos (48 lägenheter). Kommunen har utöver detta fyra särskilda boenden som drivs av externa utförare<sup>3</sup> och som sammanlagt har 146 lägenheter. Det är inte specificerat hur många av dessa lägenheter som avser brukare med demenssjukdom.

Antalet tillsvidareanställda medarbetare per enhetschef för respektive särskilt boende varierar mellan 33 och 93<sup>4</sup>. Vid intervjuer framkommer att förvaltningen har testat olika sätt att sänka antalet medarbetare per chef såsom delat ledarskap och att inrätta arbetsledande funktioner som stöd för enhetschef. På ett av nämndens särskilda boenden har det funnits ett projekt med delat ledarskap som har fallit väl ut. Enligt uppgift vid intervju kommer delat ledarskap att införas på flera boenden framöver. Det finns inga beslut fattade i frågan.

Samtliga enhetschefer har stödfunktioner i form av administratör och samordnare. En del större enheter har också ytterligare arbetsledande funktioner. I syfte att förbättra stödet till enhetscheferna och göra det mer likvärdigt tog förvaltningen i september 2020 fram en uppdragsbeskrivning för funktionen samordnare. Beskrivningen har tagits fram av verksamhetsområdeschef och tydliggör vilka förväntningar och vilket ansvar som åligger samordnarfunktionen avseende exempelvis personalplanering, verksamhetssystem, beställning och leverans samt kommunikation.

#### 3.2. Åtgärder utifrån rekommendationen om systematiskt förbättringsarbete

I 2018 års granskning var den sammanfattande bedömningen att vård- och omsorgsnämndens systematiska förbättringsarbete inte var tillräckligt. I granskningen konstaterades att det fanns en omfattande uppföljning. Bedömningen var dock att det var svårt att följa hur resultat av uppföljningarna tillvaratogs och användes i förbättringsarbetet.

Det framkom goda exempel från vissa enheter, men det saknades en struktur för erfarenhetsutbyte enheterna emellan. Sammantaget medförde detta en risk för att kvalitetsarbetet stannade vid uppföljningar och att dessa inte låg till grund för analys och att förbättrande åtgärder vidtogs.

Lunds kommuns revisorer rekommenderade vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Säkerställa att det finns ändamålsenliga rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet ska ske och komplettera med påtagliga och mätbara mål och indikatorer.
- ▶ Säkerställa att erfarenheter, såväl goda exempel som avvikelser, från en enhet delas med övriga enheter i erfarenhetsutbyte och samverkan, allt för att utveckla kvaliteten.

<sup>3</sup> Förening Care, Vardaga, Norlandia care.

<sup>4</sup> Uppgifter från HR 2021-08-24. Revisionen har genomfört en uppföljande granskning under 2021 avseende arbetsmiljö och sjukfrånvaro. Se granskningsrapport *Uppföljning kring arbetsmiljö och sjukfrånvaro* för mer information.

### **3.2.1. Nämndens svar 2019**

I nämndens svar på granskningen framhålls att det systematiska förbättringsarbetet utgår från modellen PGSA-hjulet (planera, genomföra, studera och analysera). Att kvalitetsåret löper från 1 oktober till 30 september lyftes också som en viktig del i arbetet med systematiska förbättringar.

Nämnden uppgav att följande åtgärder var planerade inför 2019:

- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska revideras, förvaltningens systematiska förbättringsarbete ska förtydligas.
- ▶ Under året kommer analysunderlag och analysarbetet för det sammantagna resultatet av uppföljningar att utvecklas.
- ▶ Verksamhetsplanen för 2019 innehåller verksamhetsmål kopplat till brukarundersökningens resultat.
- ▶ Dokumentationsgranskningen ska fortsätta och återrapporteras på enhets- och verksamhetsnivå
- ▶ Bärbara dokumentationsmöjligheter för avvikelser och klagomål ska utvecklas.
- ▶ Arbetet med att dokumentera kvalitetsarbetet i Stratsys kommer att utvecklas under året
- ▶ Särskilt boende kommer årligen att sammanställa samtliga allvarliga avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen, lex Sarah- och lex Maria-anmälningar till ett utbildningsmaterial som kommer att ligga till grund för årlig återkoppling och utbildning för samtliga enheter och berörda grupper
- ▶ Två planeringsdagar om året kommer att ha fokus utifrån erfarenhetsutbyte och jämförelser.

### **3.2.2. Iakttagelser vid uppföljande granskning**

Vård- och omsorgsnämnden arbetar fortfarande enligt modellen för PGSA-hjulet och ett kvalitetsår som sträcker sig från oktober till september.

#### *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*

I mars 2019 beslutade nämnden om ett nytt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vid en jämförelse mellan ledningssystemet som användes under tiden för 2018 års granskning görs bland annat följande noteringar:

- ▶ Det nya ledningssystemet innehåller sju nya rubriker (vision, ledningsmodell, kvalitetsstyrning, kvalitetssäkring, kvalitetsutveckling, kvalitetskontroll och avvikelser)
- ▶ Rubrikerna beskriver bland annat nämndens arbete avseende:
  - Kvalitetsstyrning – nämndens utvecklingsmål följs upp genom bland annat indikatorer. Resultaten ska tas tillvara och användas som underlag för det systematiska förbättringsarbetet.
  - Kvalitetssäkring - det finns mätbara mål och indikatorer som följer utvecklingen. När målen uppnåtts kan verksamheten anses vara kvalitetssäkrad.
  - Kvalitetskontroll - resultatet av analysen av avvikelser är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet.

Justeringarna i ledningssystemet syftade till att förtydliga och förenkla hur de olika delarna i PGSA-hjulet är sammanlänkade med varandra. Enligt intervjuade ska kvalitetsledningssystemet revideras framöver. Planeringen var att detta skulle ske under 2021, men pandemin har försenat arbetet. I revideringen ska det bland annat tydliggöras hur nämnden ska arbeta med framtagande av processer och rutiner.

### Verksamhetsmål

Vid intervju uttrycks att verksamhetsområdet särskilt boende för äldre sedan 2018 års granskning har fokuserat på att formulera verksamhetsmål som är kopplade till att uppnå en jämn kvalitet i verksamheten. Verksamhetsmålen utgår från nämndens övergripande mål. Förvaltningens indikatorer för att mäta måluppfyllelse 2021 utgår bland annat från den nationella brukarundersökningen, den individuella kvalitetsuppföljning som sker i samband med biståndshandläggarnas uppföljning av bistånd samt resultat av dokumentationsgranskning. Särskilt boende för äldres (SBÄ) verksamhetsmål med tillhörande indikatorer 2021 utgörs av:

SBÄ verksamhetsmål	Indikator
Genomförandeplaner skall innehålla ett rehabiliterande synsätt	▶ Antal upprättade genomförandeplaner med ADL- bedömning <sup>5</sup>
Öka det rehabiliterande arbetet	▶ Alla enheter skall införa och använda en träningsapp
Öka totala nöjdheten i brukarenkäten	▶ Svar på över 60 % i minst 12 frågor (andel nöjda eller mycket nöjda)
Införa välfärdsteknik för att arbeta smartare och effektivare med ökad kvalitet	▶ Införa APPVA på alla enheter <sup>6</sup> . Pilota planeringsverktyg för brukarinsatser

2018 års verksamhetsplan för Särskilt boende för äldre innehöll inga formulerade verksamhetsmål eller målvärden. I stället utgick arbetet från kvalitetsnyckeltal, se bilaga 2. I avsnittet *Genomföra* i 2020 års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse framgår exempel på vidtagna förbättringsåtgärder kopplade till nämndens målsättningar (utvecklingsmål, verksamhetsmål och egenkontrollmål). Som exempel kan nämnas införande av mobilt trygghetslarm, utbildningar i demenssjukdomar och smärtskattning samt införandet av regelbundna Senior Alert-möten.

### Förbättringsåtgärder

Följande dokument sammanställs årligen och innehåller identifierade behov av förbättringsåtgärder:

- ▶ Handläggarnas rapporter över resultatet i dokumentationsgranskningar
- ▶ Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen
- ▶ Sammanställning av avvikelser på nämndsnivå
- ▶ SBÄs verksamhetsplan
- ▶ Uppföljning av kvalitet och genomförandeplan (se avsnitt 3.4 för mer information)

Det finns ingen sammanställning över samtliga identifierade förbättringsåtgärder. Nämndens sammanställning över avvikelser innehåller exempelvis 19 förslag på åtgärder. Det framgår inte om åtgärdsförslagen riktas mot en specifik verksamhet eller nämnden i sin helhet. Det framgår inte vem som ansvarar för att åtgärderna genomförs. Åtgärdsförslagen är inte beslutade.

I 2018 års granskning konstaterades att resultaten av egenkontrollerna endast rapporterades muntligt till nämnden. Särskilt boende för äldres (anges nedan som SBÄ)

<sup>5</sup> ADL är en förkortning för aktiviteter i dagligt liv

<sup>6</sup> APPVA är ett system för digital signering.



verksamhetsberättelse för 2017 innehöll ingen redovisning över resultatet av egenkontroller. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2020 innehåller en sammanställning över genomförda egenkontroller. Det framgår exempel på resultat och analys av egenkontrollerna, för en mer ingående beskrivning hänvisas till respektive verksamhetsområdes verksamhetsberättelse. I särskilt boende för äldres verksamhetsberättelse framgår resultatet av egenkontroller kopplat till de tre nationella kvalitetsregisterna<sup>7</sup>.

Intervjuade uttrycker att det systematiska kvalitetsarbetet har underlättats av att allt arbete utgår från det digitala verktyget Stratsys. Resultat av dokumentationsgranskningar, minnesanteckningar från ledningsgruppsmöten och egenkontroller är exempel på underlag som finns tillgängligt i Stratsys. Enhetscheferna har exempelvis möjlighet att se och få inspiration av varandras verksamhetsplaner, tolkningar av mål och riskanalyser genom verktyget. Stratsys innehåller även ett förvaltningsgemensamt årshjul som beskriver vem som ansvarar för nämndens olika processer samt när dessa ska genomföras. Processerna utgörs exempelvis av analys av avvikelser, egenkontroller och lokala uppföljningar på enhetsnivå. Respektive enhetschef har möjlighet att lägga till egna moment i årshjulet. Intervjuade enhetschefer uppger att Stratsys har använts under flera år men att systemet har utvecklats mycket under de senaste åren.

Verksamhetsområdet SBÄ anordnar nätverksträffar för kompetensöverföring mellan olika enheter. Samtliga enhetschefer deltar i nätverksträffarna. Intervjuade beskriver att det tillsätts arbetsgrupper när det uppmärksammas att enheterna arbetar på olika sätt. Som exempel ges att det vid ett nätverksmöte identifierades att enheterna hade olika rutiner för att välkomna nya brukare och informera om möjligheter att lämna synpunkter. Då tillsattes en arbetsgrupp som tog fram ett förslag på gemensamt arbetssätt som därefter presenterades på en nätverksträff och fastställdes av ledningsgruppen. Det har även skapats arbetsgrupper utifrån iakttagelser i analysen av avvikelser. Analysen på förvaltningsövergripande nivå visade att bemötande var ett område med behov av förbättringsåtgärder. SBÄ har därför tillsatt en arbetsgrupp som ska ta fram ett utbildningsmaterial på området. Arbetet inleddes under 2019 och uppges till viss del ha avstannat under pandemin.

SBÄs rutin för avvikelshantering innehåller ett moment för uppföljning av om åtgärder har gett önskad effekt. Uppföljningen sker vanligtvis tre månader efter att avvikelserna rapporterats. Vid större avvikelser görs uppföljningen av ledningsgruppen för att se om händelsen är av sådan karaktär att den kan inträffa på andra enheter.

Från och med hösten 2021 har samtliga enheter rehabombud motsvarande en årsarbetare. Rehabombuden infördes för att stärka det rehabiliterande synsättet inom enheterna. Det finns en dokumenterad arbetsbeskrivning för rehabombuden. Arbetsuppgifterna utgörs bland annat av:

- ▶ Hålla i gruppaktiviteter
- ▶ Individuella träningar/aktiviteter
- ▶ Planering/uppföljning en gång i veckan med fysioterapeut/arbetsterapeut

Arbetsbeskrivningen innehåller en beskrivning över ansvarsfördelningen mellan rehabombud, enhetschef och fysioterapeut/arbetsterapeut.

### **3.2.3. Bedömning**

Vi bedömer att nämnden har vidtagit åtgärder utifrån de rekommendationer som lämnades angående systematiskt förbättringsarbete i 2018 års granskning. Bedömningen görs mot bakgrund av att det har antagits ett nytt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som förtydligar och förenklar hur de olika delarna i PGSA-hjulet är sammanlänkade med varandra.

---

<sup>7</sup> Senior alert, BPSD och svenska palliativregistret.

Bedömningen görs även mot bakgrund av att uppföljningen i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen har utvecklats till att omfatta resultat av exempelvis egenkontroller.

Vi ser positivt på nämndens ambition om att öka likvärdigheten mellan olika enheter. Vi bedömer att arbetsgruppernas arbete med att ta fram gemensamma rutiner visar på en tydlig kedja från identifierat behov till förbättrande åtgärd. Nätverksträffar utgör ett forum för att sprida goda exempel och därigenom utveckla kvaliteten. Vidare bedömer vi att verksamhetsområdets målsättningar i verksamhetsplanen har tydliggjorts sedan 2018 års granskning. Det finns numera målvärden för samtliga mål och formuleringarna ligger i linje med ambitionen om att öka likvärdigheten.

Vi bedömer att nämnden delvis har säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt förbättringsarbete. Vi ser positivt på att nämnden har flera processer på olika nivåer för att identifiera förbättringsåtgärder. Däremot bedömer vi att nämnden behöver fortsätta att utveckla arbetet med hur identifierade behov av åtgärder ska realiseras. Både vad gäller vilka åtgärder som ska prioriteras, vilka som omfattas av behovet (verksamhet/enhet) och vem som är ansvarig för att de genomförs. I detta ingår även hur förbättringsåtgärder ska följas upp. Vi bedömer att det finns en risk för att identifierade förbättringsområden inte tillvaratas fullt ut.

### **3.3. Åtgärder utifrån rekommendationen om brukares delaktighet och inflytande**

I granskningen som genomfördes 2018 framkom att kommunen hade lågt resultat i den nationella brukarundersökningen avseende brukares upplevelser av att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål.

Lunds kommuns revisorer rekommenderade vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Arbeta för att stärka brukarnas upplevelse av delaktighet och inflytande, bland annat utifrån det som framkommit i brukarenkät.

#### **3.3.1. Nämndens svar 2019**

Nämnden uppgav att följande åtgärder var planerade inför 2019:

- ▶ Under året kommer fokusområdena målarbete, delaktighet och inflytande för brukaren att prioriteras.
- ▶ I nämndens verksamhetsplan för 2019 finns det mätbara utvecklingsmål kopplade till att det i beslut ska finnas tydliga och mätbara mål, att det finns dokumenterat i genomförandeplanen hur målet ska uppnås och andelen mål som ska uppnås.
- ▶ Arbetet med IBIC<sup>8</sup> kommer att fortgå inom verksamhetsområdet och en årlig handlingsplan tas fram för att utveckla arbetsmetoden utifrån IBIC vidare.

#### **3.3.2. Iakttagelser vid uppföljande granskning**

Brukare är delaktiga på individnivå i genomförandeplaner och uppföljning av bistånd samt på verksamhetsnivå via brukarråd och deltagande i brukarundersökningar. Nämnden deltar i den nationella brukarundersökningen inom äldreomsorgen. Intervjuade enhetschefer beskriver att det även förekommer lokala enkätundersökningar på enheterna, exempelvis avseende vilka aktiviteter som önskas på boendet.

---

<sup>8</sup> Individens behov i centrum, ett gemensamt arbetssätt för arbetet med personer som behöver stöd i sitt dagliga liv (Socialstyrelsen).

Nämnden arbetar utifrån IBIC, vilket är ett arbetssätt för att beskriva individens behov, resurser, mål och resultat. Samtliga enheter har en utsedd IBIC-resurs som ska stötta kollegor i att arbeta utifrån IBIC. Förvaltningen anordnar årliga dialogforum för att identifiera fokusområden för IBIC-arbetet. Representanter från samtliga verksamhetsområden finns representerade under dialogmötena. Dialogforumen har identifierat tre fokusområden under 2021.

Det framgår av intervjuer att enhetschefen ansvarar för att det upprättas en genomförandeplan. Arbetet utförs av personal inom verksamheten. Genomförandeplanen ska upprättas inom 30 dagar från det att en insats har beviljats. Brukarna ska vara delaktiga i att formulera hur de individuella målsättningarna ska uppnås. SBÄ har sedan 2018 års granskning infört att arbetsterapeuter ska göra en ADL-bedömning innan genomförandeplanen upprättas. ADL är en förkortning för aktiviteter i dagligt liv. Personalen får genom ADL-bedömningen en professionell bedömning av brukarens förmågor som ligger till grund för hur genomförandet av insatser planeras.

I SBÄ sammanställning över avvikelser för kvalitetsåret 2020/2021 framgår att det har skett en markant ökning av rapporterade avvikelser som avser dokumentation. Från 79 avvikelser 2019/2020 till 139 avvikelser 2020/2021. I sammanställningen framgår att det tyder på att det saknas ett systematiskt tillvägagångssätt för att genomförandeplanerna ska upprättas i tid. Vidare framgår att det har identifierats brister i att genomförandeplanerna varit bristfälligt ifyllda. Sammanställningen innehåller bakomliggande orsaker och förbättringsåtgärder kopplat till arbetet med genomförandeplaner.

Vid intervju framförs att det pågår ett arbete med att genomförandeplanerna ska upprättas i "jag-form", för att stärka brukarnas perspektiv och främja individuella målsättningar.

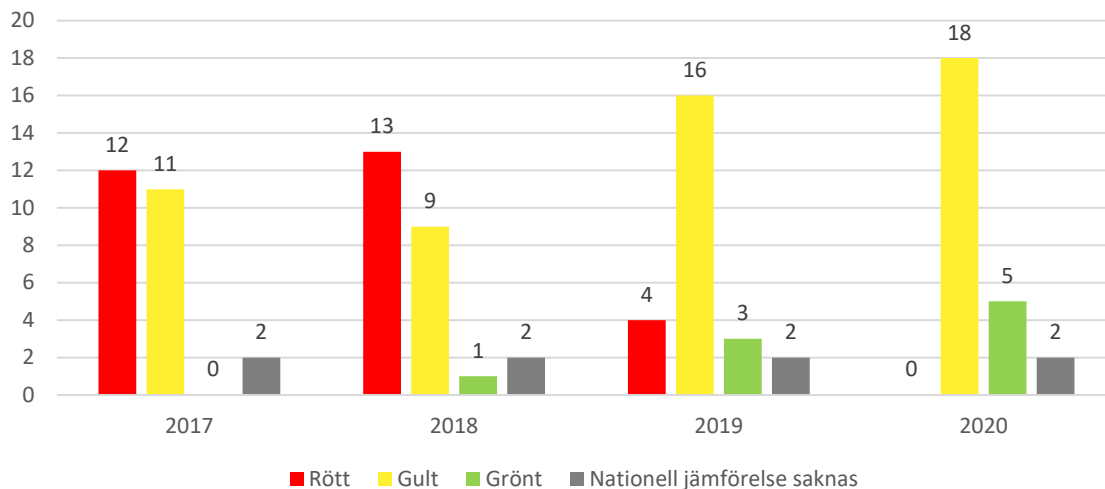
Samtliga enheter anordnar brukarråd. Vid intervju framförs att det tidigare fanns skillnader i hur enheterna bedrev och använde brukarråden och hur ofta råden ägde rum. Mot bakgrund av detta fick enheternas samordnare ett uttalat ansvar för att driva brukarråden. Samordnarna ansvarar för att hålla minst nio brukarråd per år, vilka ska dokumenteras genom minnesanteckningar för att brukare och medarbetare ska kunna ta del av vad som kommer fram under mötena.

Kolada redovisar kommunernas resultat i Socialstyrelsens brukarundersökning i förhållande till övriga kommuner. Kommunernas resultat kategoriseras utifrån:

- ▶ Grönt indikerar att kommunen tillhör de 25% kommuner med bäst resultat
- ▶ Gult indikerar att kommunen tillhör de 50 % mittersta kommunerna
- ▶ Rött indikerar att kommunen tillhör de 25% kommuner med sämst resultat

Brukarundersökningen för särskilt boende redovisas genom 25 påståenden/frågor. Sammanlagt besvarades 2020 års undersökning av 720 brukare i kommunen vilket motsvarar 55 procent. Lunds kommuns samlade resultat i förhållande till övriga kommuner ser ut enligt följande för de fyra senaste åren.

## Resultat i brukarundersökning



*Källa: Kolada*

Resultatet visar att det har skett en förflyttning i kommunens resultat sedan 2018. Senaste mätningen från 2020 innehåller inga röda staplar vilket kan jämföras med 12 respektive 13 röda resultat för 2017 och 2018. På frågan om det är enkelt att få kontakt med personal på boendet redovisar kommunen för första gången sedan 2015 ett resultat som tillhör de mittersta 50 procent av kommunerna. Vad gäller frågan om möjlighet att framföra synpunkter och klagomål befinner sig bland de 25 procent bästa år 2019 och 2020.

I handlingsplanen utifrån dialogforumet framgår att områdena lyfts upp i den förvaltningsövergripande verksamhetsplanen för 2021. SBÄs verksamhetsplan för 2021 innehåller fokusområdena från dialogforumet. Verksamhetsberättelsen för 2020 innehåller ingen hänvisning eller beskrivning av arbetet utifrån fokusområdena.

### 3.3.3. Bedömning

Vi bedömer att nämnden har vidtagit åtgärder utifrån rekommendationen om att stärka brukarnas upplevelse av delaktighet och inflytande. Bedömningen görs mot bakgrund av att resultat från brukarundersökningen visar en tydlig förbättring sedan 2018 samt att arbetet med brukarråd har formaliserats.

Vi bedömer dock att det nämnden behöver utveckla det systematiska arbetet med genomförandeplaner. Det är positivt att verksamheten har identifierat området som ett förbättringsområde och vi bedömer att det är av vikt för nämnden att följa utvecklingen.

### 3.4. Uppföljning och kontroll

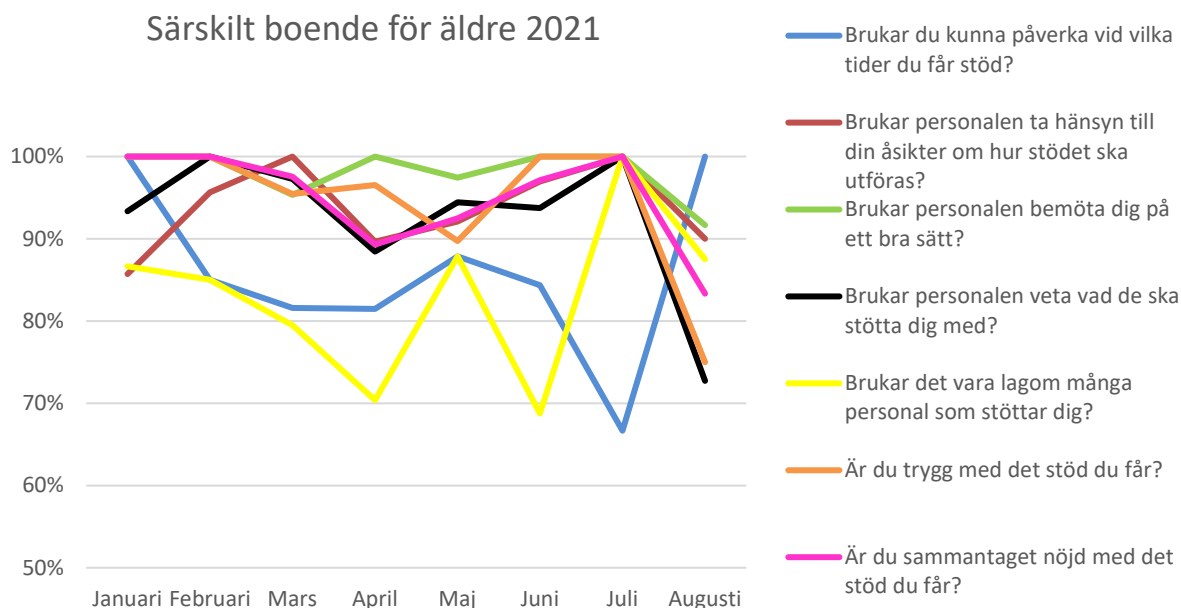
Nämnden arbetar utifrån ett kvalitetsår som löper från oktober till september. Vid intervju framförs att kvalitetsåret möjliggör för enheterna och förvaltningen att hinna sammanställa analyser av kvalitetsarbetet som därefter kan användas som ett underlag inför verksamhetsberättelse och verksamhetsplan. Arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten dokumenteras i en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen utgår från delarna i PGSA-hjulet.

Årshjulet i Stratsys beskriver vilka uppföljningar som ska göras, när de ska genomföras och vem som ansvarar för det. Verksamhetsberättelse och sammanställning samt analys av avvikelser upprättas i tre steg:

1. Uppföljning på enhetsnivå
2. Verksamhetschef sammanställer resultatet av enheternas resultat till en gemensam rapport för SBÄ.
3. Kvalitetsstrategerna sammanställer verksamhetsområdenas rapporter till en förvaltningsövergripande rapport

Nämnden följer upp resultatet av den interna kontrollen i december. I uppföljningen framgår åtgärder för de kontrollområden som visat på avvikelser. Nämnden följer upp om åtgärderna har genomförts via en slutrapport för den interna kontrollen i maj nästkommande år.

Biståndshandläggarna ansvarar för att följa upp beviljade insatser. I samband med uppföljningen gör biståndshandläggaren en kvalitetsuppföljning på individnivå som utgår från sju frågor i den nationella brukarundersökningen. Resultatet registreras löpande och enhetscheferna kan därmed följa resultatet av kvalitetsuppföljningen i realtid. Brukarna har möjlighet att lämna kommentarer/fritextsvar. Under januari-augusti 2021 genomfördes 248 uppföljningar. Resultatet av kvalitetsuppföljningen framgår av nedanstående diagram:



**Källa: Nämndens individuppföljning**

Resultatet visar att frågorna om det är lagom många personal som stöttar brukaren samt om brukaren kan påverka vilken tid som stödet har ett lägre resultat i förhållande till övriga frågor. Frågan om personalens bemötande har högst resultat. Under juli och augusti genomfördes tre respektive fjorton uppföljningar, vilket kan jämföras med cirka 40–50 uppföljningar resterande månader.

Biståndshandläggarna följer även upp om genomförandeplanen är upprättad tillsammans med den enskilde och om det framgår på vilket sätt som den enskilde önskar få sina insatser

utförda<sup>9</sup>. Uppföljningen för 2020 visade att det fanns en upprättad genomförandeplan i 92 procent av fallen och att dessa till 84 procent var upprättade i samråd med den enskilde<sup>10</sup>.

Resultatet av kvalitetsuppföljningen och uppföljningen av genomförandeplanerna sammanställs två gånger per år i en gemensam rapport för hela nämndens verksamhet. I rapporten för juli-december 2020 framgår att de utvecklingsområden som identifierats 2019 till stor del var kvarstående.

Det har gjorts fyra anmälningar enligt lex Sarah till IVO under perioden 2020 till och med november 2021. Tre av anmälningarna utgjordes av allvarligt missförhållande och en anmälan avsåg risk för allvarligt missförhållande. Två av anmälningarna har upprättats inom samma enhet. En av anmälningarna från enheten avsåg att personal hade brustit i bemötande och utförande av insats. I anmälan framgår att det har vidtagits åtgärder i form av bland annat förändrade bemanningsrutiner för nattpersonal samt rutiner för att rapportera Sol-avvikelser.

### **3.4.1. Vevrehemmet**

I februari 2021 fick vård- och omsorgsförvaltningen en skrivelse från Veberöd byråd. I skrivelsen framgår att byrådet under de två senaste åren har fått signaler om att anhöriga inte känner sig trygga med den vård och omsorg som ges till brukarna på det särskilda boendet Vevrehemmet. Skrivelsen innehåller även resultat av en enkätundersökning som genomförts av byrådet.

Förvaltningen har hanterat skrivelsen genom att:

- ▶ 26 februari – Besvara byrådets skrivning och meddela att förvaltningen kommer att göra en riktad kvalitetsgranskning för det aktuella särskilda boendet.
- ▶ 10 mars – Förvaltningen efterfrågar ett förtydligande från byrådet för några av punkterna i den ursprungliga skrivelsen. Byrådet har inte återkommit med mer information.
- ▶ 23 april – Förvaltningen informerar byrådet om att kvalitetsgranskningen kommer att genomföras utifrån informationen som framgick i skrivelsen.

Förvaltningens kvalitetsgranskning av Vevrehemmet genomfördes under våren 2021 och syftade till att bedöma om det finns kvalitetsbrister utifrån synpunkterna i byrådets skrivning. Granskningen berörde exempelvis om det finns aktuella genomförandeplaner, om medarbetena har adekvat kompetens och om brukarna känner sig trygga. I kvalitetsgranskningen gjordes bedömningen att brukarna känner sig trygga på boendet, och att Vevrehemmet med god marginal uppfyller förvaltningens mål med ökad kvalitet i äldreomsorgen gällande de frågor som är relevanta för granskningen. Utifrån resultatet rekommenderades enhetschefen att:

- ▶ Säkerställa medarbetarnas följsamhet till rutinen om genomförandeplaner i delen som avser delaktighet vid upprättande av genomförandeplan
- ▶ Säkerställa medarbetarnas följsamhet till rutinen om klagomål
- ▶ Upprätta en handlingsplan kopplad till brukarenkätens fråga *Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?*
- ▶ Upprätta en handlingsplan kopplad till frågorna med lägre resultat i medarbetarenkäten

Byrådet har fått ta del av kvalitetsgranskningen. Förvaltningen har inte fått någon återkoppling.

---

<sup>9</sup> Riktlinje för insatser enligt socialtjänstlagen, 2019-10-23

<sup>10</sup> Statistiken avser samtliga verksamhetsområden och inte enbart särskilt boende.

### **3.4.2. Bedömning**

Vi bedömer att vård- och omsorgsnämnden tillser en tillräcklig uppföljning och kontroll av det systematiska kvalitetsarbetet. Bedömningen görs mot bakgrund av den uppföljning och sammanställning som sker årligen på flera nivåer inom nämndens verksamhet. Vi bedömer att nämndens uppföljning ligger i linje med Socialstyrelsens föreskrifter om I att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Vi ser positivt på individuppföljningen som sker i samband med uppföljningen av biståndet. Den löpande redovisningen av resultatet möjliggör för enhetschefer att kunna vidta åtgärder i nära anknytning till att eventuell problematik har uppstått. I jämförelse med den nationella brukarundersökningen som redovisas en gång per år.

Sammantaget bedömer vi att det finns en omfattande mängd data som kan användas för att identifiera och genomföra förbättringsåtgärder. Nämnden följer Socialstyrelsens allmänna råd om att det bör upprättas en årlig sammanhållen kvalitetsberättelse.

### **3.5. Åtgärder för att hindra/minska smittspridning till följd av coronapandemin**

Vård- och omsorgsnämndens agerande till följd av coronapandemin har granskats mer utförligt av revisionen under 2020 och följts upp under 2021.

Enligt statistik från Socialstyrelsen per 29 november 2021 har 169 brukare med på särskilt boende smittats i kommunen sedan början av 2020.

Förvaltningen gick in i stabsläge med anledning av rådande pandemi under 2020. Förvaltningens ledningsgrupp har fortfarande veckovisa avstämningsmöten med fokus på pandemin. Det har funnits chef i beredskap dygnet runt fram till i slutet av maj 2021. Chfsberedskapen uppges ha stärkt och gett trygghet inom organisationen.

Vid årsskiftet 2020/2021 förstärktes organisationen med vaccinsamordnare för att säkerställa vaccinationsplaneringen. I delårsrapporten per 31 augusti 2021 framgår att kommunens och externa utförares sjuksköterskor hade vaccinerat 660 brukare i särskilt boende för äldre. I delårsrapporten framgår även att det sedan i maj månad inte har förekommit någon smitta i särskilt boende. I november 2021 gav nämndens ordförande förvaltningen i uppdrag att utreda förutsättningar för och konsekvenser av vaccinationskrav vid nyanställning av personal inom omvårdningsnära arbete.

Skyddsutrustning beställs via ett gemensamt centrallager. Förvaltningen hyr extra förrådsutrymmen för att kunna lagerhålla ett beredskapslager som räcker i tre månader.

Förvaltningen har infört enhetschef i beredskap för att stötta personal som arbetar på obekväma arbetstider när ordinarie chef inte har varit i tjänst. Chefen i beredskap har exempelvis kunnat stötta vid frågor om misstänkt smitta ska hanteras eller vilka åtgärder som ska vidtas vid konstaterad smitta.

Samtliga ehetschefer har fått ett nyhetsbrev från förvaltningen med information om nya rutiner, påminnelser och basala hygienrutiner och övriga rekommendationer. Nyhetsbrevet skickades inledningsvis ut daligen och därefter en gång i veckan.

Enligt uppgift har personal från förvaltningen endast omfördelats mellan enheter vid ett fåtal tillfällen. Vid konstaterad smitta på ett boende har personalen inte roterat mellan avdelningarna utan istället enbart arbetat på en avdelning. Förvaltningen har skapat ett resursteam inom verksamheten för särskilda boenden med ett 40-tal medarbetare som kan arbeta heltid vid behov. Den finns en beslutad prioriteringsordning av arbetsuppgifter vid stora personalbortfall.

Beslutet att aktivera prioriteringsordningarna ligger på respektive enhet. Vidare har förvaltningen utsett sjuksköterskor som har i uppgift att vara rådgivande till sina kollegor avseende hantering av covid-19.

Nämnden har reviderat krisledningsplan och handlingsplan för pandemi<sup>11</sup>. I september 2021 gav nämnden i uppdrag till förvaltningsdirektören att under oktober till december 2021 vidta följande åtgärder för att förebygga smittspridning:

- ▶ Besluta om tidsbegränsade uppehåll gällande tillgängligheten av kommunens lunchrestauranger och träffpunkter
- ▶ Besluta om åtgärder som syftar till att säkerställa den kapacitet som krävs inom vård- och omsorgsförvaltningen i Lunds kommun inom såväl kommunal som extern regi med anledning av ökad belastning i verksamheten pga Covid-19

### **3.5.1. Bedömning**

Vi konstaterar att nämnden har vidtagit åtgärder i syfte att minska/hindra smittspridning till följd av coronapandemin. Åtgärderna har dels varit i form av att begränsa verksamhet, exempelvis träffpunkter, dels att utöka kapaciteten inför vaccinationen av brukare. Vi bedömer även att det har vidtagits åtgärder för hur stora personalbortfall ska hanteras. Dels i form av resursteam dels prioriteringsordning.

---

<sup>11</sup> Vård- och omsorgsnämnden 2021-04-14



## 4. Bedömning

Vår sammanfattande bedömning är att nämnden i tillräcklig utsträckning har vidtagit åtgärder utifrån de rekommendationer som lämnades i 2018 års granskningsrapport. Bedömningen görs mot bakgrund att det har antagits ett nytt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, att uppföljningen i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen har utvecklats samt hur nämnden agerat för att öka likvärdigheten mellan olika enheter. Arbetsgruppernas arbete med att ta fram gemensamma rutiner samt framtagandet av gemensamma standards är två exempel.

Vi ser positivt på att nämnden har flera processer på olika nivåer för att identifiera förbättringsåtgärder. Däremot bedömer vi att nämnden behöver fortsätta att utveckla arbetet med hur identifierade behov av åtgärder ska realiseras. Vi bedömer att det finns en risk för att identifierade förbättringsområden inte tillvaratas fullt ut.

Resultat från brukarundersökningen visar en tydlig förbättring sedan 2018. Nämnden tillser en tillräcklig uppföljning och kontroll av det systematiska kvalitetsarbetet genom den uppföljning och sammanställning som sker årligen på flera nivåer inom nämndens verksamhet. Sammantaget bedömer vi att det finns en omfattande mängd data som kan användas för att identifiera och genomföra förbättringsåtgärder.

Vi bedömer dock att nämnden behöver utveckla det systematiska arbetssättet med genomförandeplaner. Det är positivt att verksamheten har identifierat området som ett förbättringsområde och vi bedömer att det är av vikt för nämnden att följa utvecklingen.

Vi konstaterar att nämnden har vidtagit åtgärder i syfte att minska/hindra smittspridning till följd av coronapandemin.

Utifrån uppföljningens resultat uppmuntrar vi vård- och omsorgsnämnden att säkerställa att genomförandeplaner upprättas och följs upp kontinuerligt i samtliga ärenden.

Lund den 26 januari 2022

Sofia Holmberg  
EY

Anna Färdig  
EY

## Bilaga 1: Källförteckning

### Intervjuade funktioner:

- ▶ Vård- och omsorgsnämndens presidium
- ▶ Förvaltningsdirektör, vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- ▶ Kvalitetschef
- ▶ Verksamhetschef
- ▶ Myndighetschef särskilt boende
- ▶ Tre enhetschefer för särskilda boenden

### Dokument:

- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet, 2016-09-05
- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet, 2019-03-13
- ▶ Verksamhetsplan 2021, SBÄ
- ▶ Verksamhetsplan 2018, SBÄ
- ▶ Verksamhetsberättelse 2020, SBÄ
- ▶ Kvalitetsgranskning Vevrehemmet 2021
- ▶ Arbetsbeskrivning rehabombud, 2021-09-16
- ▶ Uppgiftsbeskrivning för samordnare, 2020-09-01
- ▶ Riktlinje för insatser enligt socialtjänstlagen, 2019-10-23
- ▶ Uppföljning av kvalitet och genomförandeplan, halvårsrapport juli-december 2020
- ▶ Avvikelser kvalitetsåret 2020/2021 särskilt boende för äldre

## Bilaga 2 Kvalitetsnyckeltal 2018

Kvalitetsnyckeltal	Indikator
Brukarbedömning	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Kvalitetsuppföljning – individnivå</li> <li>▶ Uppföljning av genomförandeplaner</li> <li>▶ Uppföljning av individuella mål</li> </ul>
Verksamhet/struktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde.</li> <li>▶ Läkemedel, genomförda läkemedelsgenomgångar</li> </ul>
Verksamhet	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Antal brukare som bor i särskilt boende i kommunen</li> <li>▶ Vårdbehovsbedömning i genomsnitt i särskilt boende</li> <li>▶ Antal brukare i externa särskilda boenden, köpta platser</li> </ul>
Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Tillsvidare anställd personal</li> <li>▶ Visstidsanställd personal</li> <li>▶ Anställd personal totalt</li> <li>▶ Sjukfrånvaro</li> </ul>