

# Lunds kommun

## Granskning av kvaliteten inom äldreomsorgen



Building a better  
working world

## Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Inledning .....</b>	<b>4</b>
1.1. Bakgrund.....	4
1.2. Syfte och revisionsfrågor .....	4
1.3. Genomförande .....	4
1.4. Revisionskriterier.....	5
<b>2. Organisation och mål.....</b>	<b>7</b>
2.1. Nuvarande organisation .....	7
2.2. Intern kontroll .....	8
<b>3. Strategi för framtida behov och förändringar .....</b>	<b>10</b>
3.1. Boendekapacitet .....	11
<b>4. Systematiskt kvalitetsarbete .....</b>	<b>13</b>
4.1. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	13
4.2. Verksamhetsuppföljning .....	13
4.3. Nationella kvalitetsregister.....	13
4.4. Besök på tre boenden .....	15
<b>5. Delaktighet och inflytande .....</b>	<b>19</b>
5.1. Vårdighetsgarantier .....	19
5.2. Genomförandeplaner och IBIC.....	19
5.3. Brukarnas uppfattningar .....	22
<b>6. Avvikelser och klagomål.....</b>	<b>25</b>
6.1. Uppföljning av avvikelser.....	25
6.2. Hantering av särskilda omständigheter på Linelyckan .....	27
<b>7. Bedömningar och rekommendationer .....</b>	<b>28</b>
7.1. Bedömningar och svar på revisionsfrågor .....	28
7.2. Rekommendationer .....	29
<b>Källförteckning .....</b>	<b>30</b>
<b>Bilaga 1. Rutiner för avvikelser mm. ....</b>	<b>32</b>
<b>Bilaga 2. Lex Sarah-anmälningar 2016-2018.....</b>	<b>35</b>

## Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lunds kommun har EY granskat vård- och omsorgsnämnden i syfte att bedöma om nämnden har säkerställt att kvaliteten i äldreomsorgen lever upp till kraven i lagstiftning, mål och uppdrag.

Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämndens systematiska förbättringsarbete inte är tillräckligt. Vi noterar att det finns en omfattande uppföljning, dock bedömer vi det som svårt att följa ett systematiskt arbete med hur uppföljningarna tillvaratas och används i förbättringsarbetet. Vi menar att nämnden på ett tydligare vis bör tillvarata det som framkommer i bland annat avvikelser, brukarenkät samt annan uppföljning.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Säkerställa att det finns ändamålsenliga rutiner och underlag kring hur det systematiska förbättringsarbetet ska ske, utifrån den uppföljning som äger rum.
- ▶ Arbeta för att stärka brukarnas upplevelse av delaktighet och inflytande, bland annat utifrån det som framkommit i brukarenkät.

## 1. Inledning

### 1.1. Bakgrund

Enligt socialtjänstlagen ska kommunen verka för att äldre människor får goda bostäder och ska ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Kommunen ska också planera sina insatser för äldre. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

Vård- och omsorgsnämnden står inför flera utmaningar de kommande åren, både när det gäller ekonomi och verksamhet. Befolkningen väntas öka och det gäller inte minst gruppen äldre. Nämnden räknar med volymökningar, förändrade och ökande vårdbehov, ökade kvalitetskrav samt större krav på kvalificerad vård och omsorg i hemmet. Detta ställer krav på strukturerat prognosarbete och långsiktig planering för att kunna möta behoven. Det gäller inte minst planeringen för platser inom särskilt boende. Kort sagt behöver verksamheten utformas på ett långsiktigt hållbart sätt.

Socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Av Socialstyrelsen definieras kvalitet som att verksamheten lever upp till de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter. Sedan 1 januari 2012 ska kommuner tillämpa Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I dessa framgår hur kommunen ska arbeta med att planera, genomföra, följa upp och kontrollera samt bedriva systematiskt förbättringsarbete.

Att följa upp och bedöma kvalitet måste i slutändan utgå från vad brukare och anhöriga anser om den hjälp och service de får, om detta lever upp till brukarnas behov och önskemål. Öppna jämförelser av äldreomsorgen 2017 visar att Lunds kommun placerar sig på plats 236 av 278 när det gäller de äldres uppfattning om hemtjänsten i sin helhet och på plats 197 av 254 när det gäller de äldres uppfattning om särskilt boende i sin helhet.

Mot bakgrund av ovanstående har de förtroendevalda revisorerna fattat beslut om att genomföra en granskning avseende kvaliteten inom äldreomsorgen, med fokus på särskilt boende.

### 1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att kvaliteten i äldreomsorgen, med fokus på särskilt boende, lever upp till kraven i lagstiftning, mål och uppdrag. Följande revisionsfrågor besvaras i granskningen:

- ▶ Finns det en tydlig strategi för att hantera framtida behov och förändringar?
- ▶ Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder för att säkerställa kvalitet inom äldreomsorgen?
- ▶ Finns det ett systematiskt arbete med avvikelser?
- ▶ Är egenkontrollen tillräcklig?
- ▶ Gör nämnden tillräckligt för att säkra brukarnas delaktighet och inflytande?

### 1.3. Genomförande

Granskningen sker genom dokumentstudier och intervjuer med utvalda chefer och medarbetare samt nämndens presidium (se källförteckning). Det har gjorts en genomgång av

genomförda egenkontroller och sammanställningar av avvikelser och klagomål. I granskningen ingick också besök på ett urval av särskilda boenden, där brukare erbjudits att delta i samtal. Vid besöken på särskilda boenden har det genomförts en översiktlig översyn av lokalernas status och funktionalitet i gemensamhetsutrymmen samt, i den mån det varit möjligt, i ett urval av enskilda utrymmen.

Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att sakgranska rapporten. Granskningen är genomförd augusti 2018 – november 2018.

#### **1.4. Revisionskriterier**

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan ofta hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna lagregulverk, policys och fullmäktigebeslut.

##### **1.4.1. Kommunallagen (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 bestämmelse i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

##### **1.4.2. Socialtjänstlagen (2001:453), 5 kap.**

Kommunen ska verka för att äldre människor får goda bostäder och ska ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd. Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges. Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund).

##### **1.4.3. Socialtjänstförordningen (2001:937), 2 kap.**

Verksamheten vid särskilda boenden ska bygga på förtroende för och samarbete med den enskilde och utformas så att vistelsen i hemmet eller boendet upplevs som meningsfullt. Den enskildes integritet ska respekteras. De insatser som görs ska anpassas till den enskildes individuella behov och förutsättningar.

Verksamheten ska bedrivas i fortlöpande samarbete med den socialnämnd som har det sammanhållande ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som han eller hon behöver. Vid varje hem ska det finnas en person med lämplig utbildning som förstår verksamheten. Det ska också finnas sådan personal som i övrigt behövs en ändamålsenlig verksamhet.

En genomförandeplan ska bland annat beskriva:

- ▶ Målet med de särskilda insatser som behövs,
- ▶ När och hur de särskilda insatserna ska genomföras,
- ▶ När och hur genomförandeplanen ska följas upp,
- ▶ När och hur brukaren ska kunna tillgodogöra sig åtgärder och insatser som andra huvudmän än socialnämnden ansvarar för,

- ▶ När och hur kontakt med socialnämnden ska ske, och
- ▶ Närståendes syn på genomförandet av den planerade vården.

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

Vårdgivaren ansvarar 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. Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning.

Vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. För varje aktivitet ska vårdgivaren vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processer och de rutiner som ingår i ledningssystemet. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Verksamheten ska även identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges. Det ska framgå av processerna och rutiner hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Genom dessa processer ska det även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelse inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, det vill säga systematiskt följa upp och utvärdera verksamheten och kontrollera att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontrollen ska vara så omfattande och göras så ofta som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt lagen om stöd och service (LSS), myndigheter samt föreningar, andra organisationer och intressenter. På grundval av resultaten ska förbättrande åtgärder i verksamheten genomföras.

## 2. Organisation och mål



### 2.1. Nuvarande organisation

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för vård och omsorg till äldre personer. Särskilt boende beviljas personer som har ett omfattande behov av omvårdnad och/eller stöd. I vård- och omsorgsnämndens verksamhetsberättelse för 2017 avseende särskilt boende för äldre (SBÄ) framgår att det inom verksamhetsområdet finns 15 boenden med totalt 600 lägenheter. Av dessa är 290 avsedda för brukare med demenssjukdom och 310 för somatik. Respektive särskilt boende leds av en enhetschef. Det finns även fyra boenden som drivs i extern regi.

I verksamhetsstatistik för augusti 2018 framgår att det då fanns 735 brukare som bor i särskilt boende i kommunen. Trenden visar på ett nedåtgående, från 759 boende vid samma tidpunkt 2017.

Vård- och omsorgsförvaltningen leds av en förvaltningschef, och i augusti tillträdde en ny sådan. Centralt i förvaltningen finns en kvalitetsenhet, som ansvarar för den kvalitativa uppföljningen av all verksamhet, såväl intern som extern, som bedrivs inom nämndens verksamhetsområde. Kvalitetsenheten ansvarar för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Därtill ansvarar enheten för uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser på uppdrag av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Det finns en samlad myndighetsfunktion som ansvarar för utredning och beslut om insatser enligt socialtjänstlagen (SoL). Det åligger också myndighetsfunktionen att följa upp besluten på individnivå, systematisera uppföljningen på individnivå och rapportera till förvaltningsledning så att fel kan åtgärdas. Enhetscheferna för särskilt boende leds av en verksamhetschef.

Den legitimerade personalen är organiserad i två enheter, sjuksköterska dag SBÄ och Rehab SBÄ, som arbetar riktat mot boendena. Det finns också två förvaltningsövergripande organisationer som tillgodoser alla verksamheters behov. De är sjuksköterskeorganisation kväll och natt som ombesörjer 2/3 av dygnets ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt serviceenheten med vaktmästare som också kör ut läkemedel och hjälpmedel. Som ett stöd till enhetschefer och verksamheten finns kvalitetsutvecklare såväl för SoL som HSL-frågor, demenssjuksköterska, kontaktekonom och HR-funktion.

#### 2.1.1. Mål och fokusområden för 2018

I vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan för 2018 framgår att nämnden har formulerat fyra utvecklingsmål med tillhörande indikatorer:

- ▶ Välfärdsteknologi
- ▶ Brukarens individuella behov, mål och måluppfyllelse
- ▶ Information och kommunikation för att stödja individens självständighet
- ▶ Utveckling av mobilt vårdteam

Utvecklingsmålen syftar till att utveckla nämndens basuppdrag. Inom fokusområdet finns inga beskrivna mål med indikatorer, utan ett antal aktiviteter/uppdrag. Dessa följs upp i årsanalysen. De fokusområden som nämns är:

- ▶ *Ekonomi* och insatser för att effektivisera verksamheten och säkra den ekonomiska långsiktigheten där uppdrag med effektiviseringar och kvalitetsförbättringar är stora utmaningar.
- ▶ *Planering* och utveckling för att möta de ökade behov av vård- och omsorgsinsatser enligt SoL och HSL.
- ▶ *Kompetensförsörjning* som är en av de största utmaningarna under kommande år. I verksamhetsplanen beskrivs hur verksamhetsområdet planerar och agerar strategiskt i kompetensförsörjningsplanen för att möta utmaningen.
- ▶ *Systematiskt förbättringsarbete* och fortsatt implementering och utveckling av arbetet i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Förankring och vidareutveckling av styrande processer och riskanalyser. Utökning av användningsområdet för IT-ledningsstöd gällande uppföljning, styrning och ledning breddas. Nytt HR-IT ledningsstöd införs.

I delårsrapport per augusti 2018 bedöms tre av fyra utvecklingsmål att klaras. Utveckling av mobilt vårdteam bedöms endast klaras delvis.

### **2.1.2. Välfärdsteknologi**

Nämnden har för 2018, precis som för 2017, ett utvecklingsmål vid namn "Utveckling inom området välfärdsteknologi för ökad tillgänglighet, självständighet och trygghet för brukaren och ökad effektivitet för verksamheten."

Indikatorerna är:

- ▶ Strategi för välfärdsteknologi
- ▶ Projekt för ökad tillgänglighet, självständighet och trygghet för brukare
- ▶ Utveckla användandet av digital teknik och arbetsmetoder för dokumentation

I verksamhetsberättelse för 2017 framgår att med anledning av vård- och omsorgsnämndens strategi i välfärdsteknologi i syfte att öka brukarnas känsla av trygghet, självständighet, delaktighet och aktivitet utifrån individens behov i centrum har verksamhetsområdet behov inventerats och kartlagts.

Projekt som omfattas av området välfärdsteknologi innefattar bland annat:

- ▶ dockor som spelar musik, som har en lugnande effekt för personer med BPSD-problematik,
- ▶ belysningsprojekt som visar en påverkan på boendes och medarbetares välmående,
- ▶ digitala lösningar som lösningar som stärker sjuksköterskorna i hälso- och sjukvårdsarbetet, samt
- ▶ planeringsverktyg för att skapa helhetsbild av insatsernas utförande för att säkerställa att insatser inte missas.

## **2.2. Intern kontroll**

I nämndens handlingsplan för intern kontroll redovisas risker utifrån kommunallagens krav samt risker i kvalitetsarbetet utifrån SOSFS 2011:9. För redovisning av nämndens identifierade risker i kvalitetsarbetet, se kap. 4.3.1.

Under 2018 granskar nämnden riskområdena inköp/beställning, kontrollmiljön avseende dokumenthantering och informationssäkerhet samt det systematiska brandskyddsarbetet. I handlingsplanen för intern kontroll redogörs de aktiviteter som avser identifierade



riskprocesser. Det framgår dock inte någon hänvisning till vem som ska genomföra kontrollen, samt när kontroll ska genomföras. Det saknas även hänvisning till när rapportering av kontrollen ska ske.

I samband med granskningen har en översyn gjorts av 2017 års identifierade avvikelser och föreslagna åtgärder i samband med internkontrollen. Syftet har varit att kontrollera om och i så fall hur nämnden följer upp att föreslagna åtgärder genomförts. Under 2017 genomförde förvaltningen sammanlagt 14 kontrollaktiviteter varav tre kommungemensamma, i enlighet med handlingsplanen för intern kontroll 2017. I 10 av 14 kontrollaktiviteter identifierades avvikelser och till dessa redogörs åtgärder. I uppföljningen framgår att *"avvikelse har aktualiserat åtgärder som exempelvis fortsatt arbete och förbättringar, information/utbildning, inköp av brandsäkra skåp, upprättande av lokal rutin, checklistor."* I samband med sakkontrollen framförs att åtgärder av 2017 års avvikelser har genomförts. Granskarna har dock inte erhållit något underlag som tydligt visar att identifierad avvikelse och tillhörande åtgärd har följts upp.

I övrigt hänvisas även till de löpande inbyggda kontroller som finns i förvaltningen. Dessa specificeras och består av följande delar:

- ▶ Verksamhetsuppföljning, genomförs årligen av intern och extern utförare, innefattande individuell uppföljning av SoL/LSS-beslut
- ▶ Nationell uppföljning rörande kvalitet i utförandet
- ▶ Nationella kvalitetsregister
- ▶ Volym och kvalitetsnyckeltal
- ▶ Ekonomisk uppföljning
- ▶ Systematiskt arbetsmiljöarbete
- ▶ Styrning och ledning, innefattande uppföljning av målstyrning och verksamhetsplaner

### 3. Strategi för framtida behov och förändringar

Kommunfullmäktige gav i ekonomi- och verksamhetsplan (EVP) 2015-2017 vård- och omsorgsnämnden i uppdrag att utreda det långsiktiga behovet av lägenheter i särskilda boenden inom kommunen. Som resultat genomfördes en utredning inom vård- och omsorgsförvaltningen, varpå beslut togs i nämnden i december 2015. Utredningen och beslutet har fungerat som nämndens strategi för framtida behov och förändringar och som en plan för utbyggnaden av särskilda boenden.

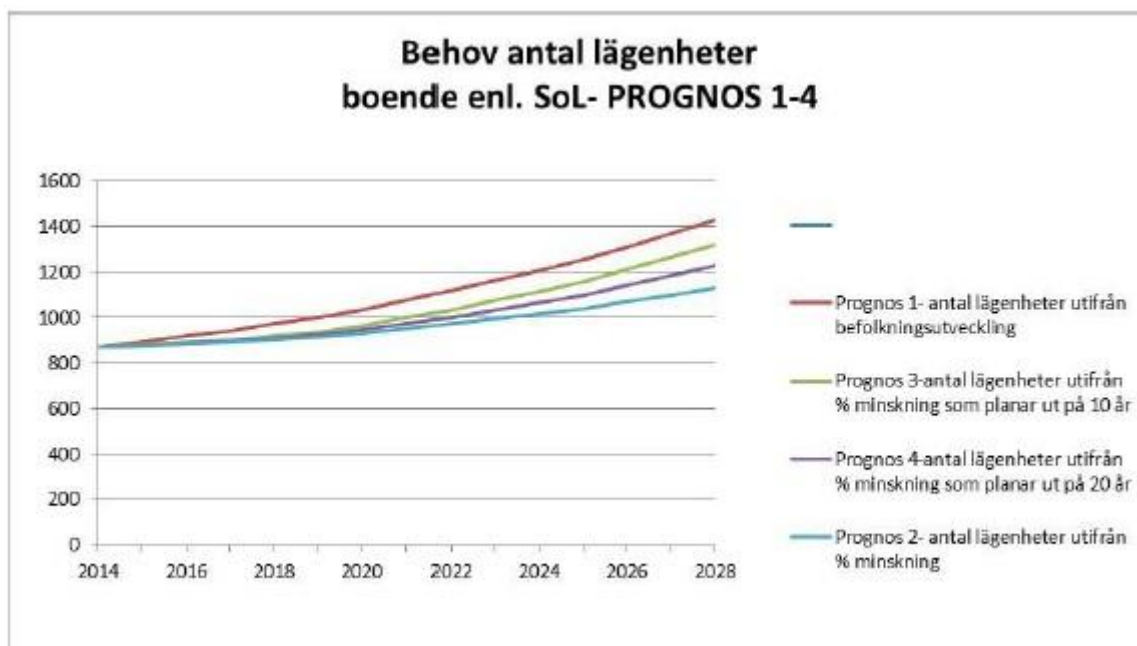
I utredningen framkommer att det skett en kraftig ökning av hemvårdsinsatser de senaste åren, som gradvis ersatt behovet av lägenheter i särskilt boende. Detta är enligt uppgift helt enligt nämndens strategi (kvarboendepincipen) då de ser att äldre blir friskare, bostäder förbättras och tjänsteutbudet på öppna marknaden ökar (RUT-tjänster och digitalisering). År 2000 bodde ca 1060 personer permanent i särskilt boende/korttidsboende. Relaterat till antalet personer över 65 år motsvarade det ca 8,5 %. År 2014 bodde i snitt 810 personer permanent i särskilt boende/korttidsboende.<sup>1</sup> Relaterat till antalet personer över 65 år motsvarade det ca 4,4 %. Förvaltningen bedömer att utvecklingen med en minskning av andelen äldre som bor permanent i särskilt boende/ på korttidsboende kommer att fortsätta. Det bedöms att allt fler brukare med stora vård- och omsorgsbehov önskar, och kommer ha möjlighet, att bo kvar i ordinärt boende i framtiden.

I underlaget framgår att antalet invånare över 65 år beräknas öka från 18 316 år 2014 till 24 951 år 2028, en ökning med 36 %. År 2014 var antalet invånare 80 år och äldre 4 589, antalet beräknas öka till 8 471 år 2028, en ökning med 84 %.



<sup>1</sup> Rätten till plats på korttidsboende enligt socialtjänstlagen beslutas av biståndshandläggare i kommunen och innebär särskilt boende för en kortare tid.

I underlaget beskrivs fyra prognoser, där beslut tagits om att följa prognos 4, då den anses utgöra den mest troliga utvecklingen. Enligt prognos 4 finns ett behov av att bygga nio nya boenden (9\*40 lägenheter) fram till 2028. Det innebär en utökning med 360 lägenheter för permanent boende i särskilt boende/korttidsboende fram till 2028. De tre första boendena bedöms enligt prognos 4 behövas år 2018, 2021 och 2022. En översikt över prognoserna ges i förvaltningens illustration nedan. Prognoserna beräknas på en 95-procentig beläggningsgrad.



I intervju med förvaltningen framkommer att det pågår arbete med en ny prognos som beräknas vara färdigställd i februari 2019. Ny prognos tas fram mot bakgrund av att det i nuläget finns tomma lägenheter och att det därför anses finnas anledning att se över om den planerade utbyggnationen behöver revideras. Enligt uppgift ser förvaltningen över planerad byggnation, åldersstruktur, hemtjänststimmar och beläggningsgrad på boendena. Ny lagstiftning och politisk inriktning styr också utbyggnaden, vilken enligt uppgift bevakas för att ha en god planering. Tills nytt beslut tas gäller dock nuvarande strategi.

### 3.1. Boendekapacitet

Den sammanlagda beläggningsgraden för särskilt boende för äldre samt växelvården för 2018 redovisas i nedanstående tabell. Där framkommer att det under året funnits mellan 32-47 ej belagda platser, samt att beläggningsgraden ligger på runt 93 procent.

**Beläggnings-  
grad  
93 %**

	<i>Jan</i>	<i>Feb</i>	<i>Mars</i>	<i>April</i>	<i>Maj</i>	<i>Juni</i>	<i>Jul</i>	<i>Aug</i>	<i>Sep</i>
<b>SBÄ Äldre (%)</b>	<b>94,82</b>	<b>93,22</b>	<b>91,96</b>	<b>93,13</b>	<b>93,20</b>	<b>93,31</b>	<b>92,43</b>	<b>92,44</b>	<b>93,99</b>
<b>Växelvård<sup>2</sup>(%)</b>	<b>93,15</b>	<b>98,21</b>	<b>87,50</b>	<b>89,17</b>	<b>91,94</b>	<b>99,58</b>	<b>92,34</b>	<b>97,58</b>	<b>92,50</b>
<b>Totalt (%)</b>	<b>94,79</b>	<b>93,28</b>	<b>91,90</b>	<b>93,08</b>	<b>93,19</b>	<b>93,39</b>	<b>92,43</b>	<b>92,50</b>	<b>93,97</b>
<b>Ej belagda platser</b>	<b>32</b>	<b>42</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>47</b>	<b>47</b>	<b>37</b>

Enligt uppgift finns det per den 2 november 2018 14 lediga lägenheter med somatisk inriktning och en med demensinriktning. Två brukare har beslut om särskilt boende med somatisk inriktning, var av den ena har tackat nej till erbjuden lägenhet. Fyra brukare har beslut om särskilt boende demens, var av två brukare har tackat nej till erbjudandet. Ett beslut finns om parboende, där plats finns att erbjuda men inflyttningen är försenad. Vård- och omsorgsnämnden har inte ålagts något vite för icke verkställda beslut i särskilt boende. Om icke verkställda beslut finns rapporteras de enligt uppgift kontinuerligt till nämnden som anmälningsärenden.

---

<sup>2</sup> Växelvård innebär korttidsboende enligt socialtjänstlagen för personer som vårdas av anhöriga i hemmet, som behöver avlastning.

## 4. Systematiskt kvalitetsarbete



### 4.1. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vård- och omsorgsnämnden antog under hösten 2016 ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Enligt uppgift påbörjade arbetet med implementeringen därefter och har sedan dess fortgått i form av olika aktiviteter. Verksamhetsuppföljningen som omfattat alla enheter (se nedan) har varit ett steg i den implementeringen också då det både ställts uppföljande frågor kring kännedomen och getts möjlighet till dialog med både medarbetare och chefer vid verksamhetsbesök och återkopplingsmöten. Just nu pågår en uppföljning och revidering av ledningssystemet som kvalitetsenheten ansvarar för.

Det finns en beskrivning av det nuvarande ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete som i korthet beskriver vilka delar som ska finnas på plats, bland annat rutiner, dokumentation, verksamhetsplan, uppföljning och systematiskt förbättringsarbete. Nedan redovisas några utvalda delar av kvalitetsarbetet.

Vård- och omsorgsnämnden har antagit en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för 2017. Redovisningen omfattar perioden 1 oktober 2016 – 30 september 2017. Ny berättelse finns ännu ej framtagen.

### 4.2. Verksamhetsuppföljning

Vård- och omsorgsförvaltningen använder från hösten 2017 en ny modell för uppföljning och kvalitetssäkring av interna och externa verksamheter. Modellen beskrivs i särskilt dokument. Där framgår att det i modellen ingår verksamhetsbesök med efterföljande muntlig och skriftlig återkoppling. Det redovisade resultatet ska användas som underlag till strategiskt förbättrings- och utvecklingsarbete och uppföljningen ska genomföras årligen. Rapporten för verksamhetsuppföljning fastställs efter mötet och vid negativt resultat ska enhetschef/ verksamhetschef upprätta åtgärdsplan och besluta om uppföljning av denna. Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av upprättade åtgärdsplaner.

Alla verksamhetsuppföljningar är ännu inte genomförda och de sista avslutas i december. Därefter ska rapportering ske till ledningsgrupp och nämnd. Rapportering av två verksamhetsområden har skett till nämnd genom muntlig rapport från berörda verksamhetschefer. Sammanställning till nämnden ska ske i samband med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

### 4.3. Nationella kvalitetsregister

I uppföljningsrapport från förvaltningen om nationella kvalitetsregister för 2017 framgår information om de tre kvalitetsregister som används samt det resultat som uppföljningarna visat.

**Kvalitetsregister –  
samlad information  
om viss sjukdom och  
behandling**

### *Senior alert*

Det nationella kvalitetsregistret Senior alert används som ett verktyg för att stödja det förebyggande arbetet för personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Arbetssättet bygger på team-samverkan och omfattar riskbedömning, planering och genomförande av åtgärder samt uppföljning av vidtagna åtgärder.

Uppföljning för särskilt boende för äldre har på grund av tekniska orsaker ej kunnat ske för 2017 enligt rapporten.

### *BPSD*

BPSD står för beteendemässiga och psykiska symtom och är vanligt förekommande symptom vid demenssjukdom. Aggressivitet, sömnstörningar, oro eller apati är exempel på vanliga BPSD-symtom. Det nationella kvalitetsregistret för BPSD används som ett verktyg för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och på så sätt öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom och deras närstående.

Uppföljningen visar att antalet registreringar nästintill har fördubblats jämfört med föregående mätperiod, en ökning från 411 registreringar till 774. Satsningarna på utbildning av medarbetarna har enligt uppgift fortsatt under 2018 genom införandet av ett gemensamt koncept, där samtliga enheter inom demensvården diplomerar och kvalitetssäkras. Konceptet innebär bland annat att alla medarbetare ska genomgå ett antal webbutbildningar kring demens, som därefter följs upp med reflektionsmöten. Kravet för att bli diplomerad på en avdelning är att 90 procent av de tillsvidareanställda har gått samtliga fyra webbutbildningarna och deltagit i reflektionscirkeln.

### *Svenska palliativregistret*

Svenska palliativregistrets syfte är att förbättra vården för personer som befinner sig i livets slut. Sjuksköterskor besvarar ett 30-tal frågor i registret som sedan sammanställs till statistikuppgifter. Statistiken används i enheternas och verksamheternas systematiska förbättringsarbete, där bland annat de elva kvalitetsindikatorernas utfallsvärden följs.

Uppföljning för 2017 visar att ingen av kvalitetsindikatorerna når upp till registrets olika målvärden. Precis som vid förra mätperioden har indikatorn *Avliden utan trycksår* högst utfallsvärde med nästan 90 procent och *Utförd validerad smärtskattning* lägst värde med 26 procent.

### *Uppföljning och målsättning*

I uppföljningsrapporten framgår att de åtgärder som genomfördes under året inte gav tillräcklig effekt för att nå uppsatta mål. Slutsatsen var därför att innan fler eller andra åtgärder beslutas bör respektive verksamhet ta reda på anledningen till varför målen inte nåddes. Det frågas huruvida medarbetarna saknar kunskap eller tid, om de inte vill arbeta efter verksamheternas fastställda rutiner eller om det saknas rutiner och om det finns annat som påverkar arbetssätten. Därför har tidigare målsättningar behållits samt kompletterats med en del nya. Mål för perioden 2018-2019 är:

### **BPSD-registret**

- ▶ Samtliga brukare som registrerats ska ha en bemötandeplan (100 %)
- ▶ Det genomsnittliga NPI-värdet ska vid den tredje mätningen ligga på samma nivå som riket
- ▶ Webbutbildningarna *Demens ABC*, *Demens ABCplus*, *BPSD* samt *Nollvision - en demensvård utan tvingande åtgärder* ska vara tillgängliga i introduktionsutbildningen
- ▶ Verksamhetsrådets utvalda medarbetare ska ha genomgått webbutbildningarna *Demens ABC*, *Demens ABCplus*, *BPSD* samt *Nollvision - en demensvård utan tvingande åtgärder*

### **Senior alert**

- ▶ Alla brukare med konstaterad risk ska ha en åtgärdsplan med minst en planerad åtgärd
- ▶ Minst 75 % av åtgärderna ska ha utförts inom planerad tid
- ▶ Åtgärderna balansträning och/eller styrketräning ska finnas med bland de fem vanligaste åtgärderna vid konstaterad fallrisk
- ▶ Webbutbildningen *Senior alert* ska vara tillgänglig i introduktionsutbildningen
- ▶ Verksamhetsrådets utvalda medarbetare ska ha genomgått webbutbildningen *Senior alert*

### **Svenska palliativregistret**

- ▶ Utfallsvärdet för kvalitetsindikatorn *Utförd smärtskattning* ska vara minst 50 %
- ▶ Webbutbildningen *Palliation ABC* ska vara tillgänglig i introduktionsutbildningen
- ▶ Verksamhetsrådets utvalda medarbetare ska ha genomgått webbutbildningen *Palliation ABC*

#### **4.3.1. Egenkontroller**

Utifrån kraven i socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2011:9) har nämnden identifierat sex riskområden: medicintekniska produkter, dokumentation vid handläggning av ärenden inom SoL och LSS, dokumentation vid genomförande av insatser inom SoL och LSS, måluppfyllelse i nationella kvalitetsregister, journalföring i hälso- och sjukvård och behandling av personuppgifter, samt avvikelser. Beslutade egenkontroller dokumenteras och följs upp i det digitala IT-ledningssystemet Stratsys.

I samband med sakkontrollen framgår att uppföljningen av egenkontrollen 2017 rapporterades muntligen till förvaltningens ledningsgrupp under hösten 2017. Inför 2018 beslutades att riskanalysen och uppföljning av egenkontrollerna ska redovisas i samband med rapport av intern kontroll och på så sätt även rapporteras till nämnden. I handlingsplanen redogörs identifierade riskprocesser, riskanalysen samt de egenkontroller som avser identifierade riskprocesser.

Vid granskningstillfället pågår årets sammanställning, på enhetsnivå, av uppföljningen av egenkontrollerna. Uppföljningen ska enligt uppgift redovisas till kvalitetsenheten den 5 november och därefter rapporteras till nämnden i december. Granskarna har erhållit underlag för uppföljningen av genomförda egenkontroller 2018, denna framgår i redovisningen av intern kontroll för 2018.

#### **4.4. Besök på tre boenden**

I samband med granskningen har det genomförts besök på ett urval av kommunens särskilda boenden, Linegården, Fästan och Värpinge. Vid besöken har personal från boendet intervjuats och på två av tre boenden har även samtal förts med boende. Detta har bidragit till en mer djupgående bild av hur verksamheten bedrivs, hur lokalerna är utformade samt hur måltiderna är organiserade.

- ▶ Linegården har totalt 48 platser som är fördelade på sex avdelningar. Två avdelningar är äldreboende och fyra avdelningar är demensboende. Varje avdelning består av åtta lägenheter.
- ▶ Fästan har 50 lägenheter varav 40 är avsedda för brukare med demenssjukdom. En av lägenheterna fungerar som växelvårdsplats<sup>3</sup>. I samma byggnad finns även en restaurangverksamhet och en seniorverksamhet, Träffpunkten.
- ▶ Värpinge är ett särskilt boende med 57 lägenheter, uppdelade på fem avdelningar. Fyra avdelningarna är äldreboende och en avdelning (åtta lägenheter) är en demensavdelning. En av lägenheterna på äldreboendeavdelningen är en växelvårdsplats.

### *Larmsystem*

Vid samtliga boenden som granskarna besökt används rörelselarm i de lägenheter där ordination finns. Larmen är placerade på golvet i anslutning till sängen. Vid aktivt larm måste de först stängas av och därefter sättas på igen, ifall den boende ska kunna larma igen.<sup>4</sup> Detta tillvägagångssätt beskrivs som en stor riskfaktor eftersom det hänt att personal glömt att slå på larmet direkt efter att det stängts av. Den som svarar på ett larm ska via sin bärbara telefon markera sin närvaro i lägenheten för att visa för övrig personal att larmet har besvarats. Det finns ingen central enhet där övrig personal kan se vilka larm som besvarats eller ej. Övriga larm som används är trådlöst trygghetslarm där larmknappen kan bäras i ett halsband eller armband. Dessa går inte att stänga av. Om en brukare av olika anledningar inte kan ha larm, finns enligt intervjuade andra rutiner för det. Detta måste ske i första hand i dialog med brukaren och vid behov med anhörig eller legal företrädare. Annan rutin när brukaren inte kan använda larm är tätare tillsyn.

### *Avvikelser*

Enligt en del av de intervjuade diskuteras avvikelser löpande och det är tydligt när en avvikelserapport ska skrivas. Utifrån intervjuerna med personalen lyfter samtliga fram och betonar att en avvikelse inte avser en enskild person i personalen utan snarare en brist i befintlig rutin. En del intervjuade berättar att de inte gjort många avvikelser alls, endast några få avseende fallolyckor, medan andra beskriver att de är relativt frekventa i sin avvikelserapportering. Avvikelserapportering som gjorts vid boendena har bl.a. avsett fallolyckor, felmedicinering, personalens bemötande mot boende, fel på teknisk utrustning som exempelvis larm etc. Några av de intervjuade lyfter den inbyggda konflikten i avvikelserapportering, dvs. att de har ansvar för att rapportera samtliga avvikelser men som medarbetare vill de inte skapa problem för någon enskild kollega. Denna konflikt diskuteras enligt de intervjuade löpande vid samtliga tre boenden.

Rutinen för avvikelshantering är densamma på samtliga boenden. Enligt samtliga intervjuade uppfattar de att rutinen är kommunicerad i verksamheten.

### *Personalens uppfattningar*

I samband med intervjuerna framgick en övergripande god bild över personalens arbetssituation. Mer konkret avsåg detta boendets löpande värdegrundsarbete samt att de

---

<sup>3</sup> Brukaren bor två veckor på det särskilda boendet och två veckor hemma.

<sup>4</sup> I faktagranskning framkommer att detta endast gäller boendeenheten Fästan. I övriga boenden behöver personalen efter larmbesvarande inte stänga av och sätta på larmet aktivt. Larmet på Fästan ska enligt rutin inte stängas av utan återställas. Det finns en larmmottagare i varje särskilt boende som loggar alla larm.



kände sig hörsammande i samband med arbetsplatsträffar och/eller enskilda samtal kring specifika frågor. De återkommande samtalen och mötena avseende etik i arbetet med äldre på vårdboendet Fästan lyftes exempelvis fram som mycket uppskattat.

Några av de intervjuade lyfte dock fram att det skulle finnas mer tid att sätta sig ned med enskilda brukare eller kunna möta brukares önskemål avseende spontana aktiviteter så som exempelvis promenader. Låg bemanning och höga krav på dokumentation, i ett komplicerat dokumentationssystem bidrar, enligt några av de intervjuade, till ett ökat stresspåslag hos personalen.<sup>5</sup>

Vid granskningstillfället finns det avdelningar där personalen är ensamma under vissa tidpunkter på dagen, särskilt kvällstid, till exempel under personalens raster. Detta innebär att personalen inte kan utföra uppgifter som t.ex. läggning av rullstolsbundna brukare, då det kräver två personer.<sup>6</sup> Om en boende med rullstol vill gå och lägga sig när det endast är en personal på avdelningen får hen invänta rastens slut. Detta skulle enligt de intervjuade kunna undvikas om det fanns en extra resurs på kvällen. En del upplever även att stressen, som kommer från att vara två på morgonen, bidrar till att personal ibland känner sig tvingade att väcka brukare för att de ska ha frukost, även om dem önskat en lång sovmorgon.

Personalen på ett av boendena upplever att de har relativt lugnt på sin avdelning (äldreboendeavdelningen), medan det finns en ökad stress på demensavdelningen. Enligt de intervjuade är personalen väldigt duktiga på att hjälpa varandra mellan de olika avdelningarna och gör det också gärna. Arbetsbelastningen är något som styrs av brukarnas behov och kan därför variera. Eftersom personalen endast är två stycken på kvällarna är det svårt att göra något extra för den enskilde brukaren.

På ett av de besökta boendena framgår att brist på personal på helgerna bidrar till en ökad stressnivå. Bakgrunden är enligt de intervjuade att det saknas personal i köket samt att lokalvårdarna endast arbetar vardagar. Eftersom ordinarie personal måste laga mat och förbereda fika på helgerna bidrar det till att de ibland kan känna sig tvingade att neka brukarna vissa aktiviteter.

Personal på ett boende lyfter att en del av brukarna gärna sitter uppe sent för att umgås i gemensamhetsutrymmen eller titta på tv. Det händer därför att brukare är uppe när nattpersonalen går på sitt pass vid kl. 22.00. Detta kan enligt de intervjuade bidra till stress för kvällspersonalen som inte vill lämna över alltför mycket arbete till personalen som ska arbeta under natten.

Personalen kan i samband med arbetsplatsträffar och medarbetarsamtal lyfta förslag till förbättringar. Samtliga intervjuade upplever att det är enkelt att lyfta frågor till berörda chefer. En del i personalen upplever dock att de inte alltid blir hörsammade.

### *Boendemiljö och mat*

I samband med de tre besöken framgick att åsikter kring boendemiljö och mat varierade. På ett boende upplevde både personal och de boende att gemensamhetsutrymmen och lägenheter är ljusa och trevliga. Några boende beskriver både inom- och utomhusmiljö som hemtrevligt och fint. Vid ett annat boende uttryckte sig personalen att lokalerna var bristfälliga och tråkiga. Vid det senare boendet har verksamhetschefen äskat pengar för inköp av nya

---

<sup>5</sup> I faktagranskning framkommer synpunkt om att resursfördelningen på särskilda boenden har sin grund i de boendes vårdbehov och ska varieras och anpassas utifrån vårdbehovet på enheten. Lunds kommun använder ett vedertaget dokumentationssystem, som även ett flertal andra kommuner använder sig av, och kraven på dokumentation följer de lagkrav som finns inom området.

<sup>6</sup> Det finns dock hjälp att tillgå från annan avdelning i nödvändiga lägen.

möbler och för ommålning. Maten upplevs överlag som bra, men ibland som smaklös och tråkig. Enligt en del av de boende har de önskat särskilda maträtter, utan att detta har hörtsammats.

Förvaltningen har en checklista för mat och måltidsmiljö på särskilt boende. I checklistan framgår bland annat att det på varje enhet ska finnas minst ett kostombud och att matsedeln i möjligaste mån ska planeras tillsammans med brukarna. Det finns även beskrivning kring förberedelser, t.ex. dukning, genomförande av måltiden samt efter måltiden. Vid besök på boenden observerade granskarna att checklistan användes.

Det finns en rutin för städning av gemensamhetsutrymmen, där det bland annat anges hur och med vilken frekvens städning av olika utrymmen ska ske. Det framkommer dock ej hur kontroll genomförs av att städning faktiskt sker, dock synes det vara avsaknad av egenkontroll och uppföljning. Vid besök på boenden gjorde granskarna vid några tillfällen observationer kring dammansamlingar, vissna blommor och smutsiga golv. Enligt uppgift städas brukarnas lägenheter minst var annan vecka och akut städning sker efter behov. Toaletter/badrum städas alltid utifrån behov.

#### *Aktiviteter*

I samband med brukarråd, vilket genomförs med jämna intervall på samtliga tre boenden, diskuteras bl.a. kvaliteten på maten samt pågående och förslag till nya aktiviteter. På boendena finns aktivitetsansvariga som ansvarar för alla aktiviteter. Det varierar dock mellan boendena huruvida aktiviteter arrangeras under endast vardagar eller både vardagar och under helgen. Ett fastställt schema finns för varje vecka. Exempel på aktiviteter är gymnastik, balansträning, sång/musikunderhållning, filmvisning, bowling i korridoren, måla naglarna, cykla på el-cykel sitt-gympa, kortspel och memo-ride. Memo-ride är en cykel som är kopplad till en tv (virtual experience), där brukaren kan cykla i sin tidigare hemstad eller visa de andra brukarna eller personal var de jobbat tidigare. Detta används på ett av boendena, som en del i satsningen på välfärdsteknologi. Aktiviteterna uppges vara mycket uppskattade av både boende och personal på samtliga tre besökta boenden.

#### *Särskilda iakttagelser*

På ett av boendena lyfter personal och enhetschef specifikt att en tredjedel av personalen på boenden omplacerades efter en turbulent period 2016. Den dåvarande enhetschefen valde att gå till ett annat boende i kommunen och en ny enhetschef anställdes. Utöver det rekryterades ny personal pga. den tidigare omplaceringen. Enligt de intervjuade har den nya enhetschefen ökat grundbemanningen på boendet och minskat antalet timanställda. Efter den tidigare turbulenta tiden på boendet vittnar personal om att det numera finns en större förståelse och kunskap om när en avvikelserapport ska skrivas. Enligt personalen diskuterar personalen numera med varandra och inte om varandra.

## 5. Delaktighet och inflytande



I kapitlet redovisas det arbete som genomförs i syfte att säkra den äldres delaktighet och inflytande. För att säkra att den äldre är delaktig i sin vård- och omsorg upprättas en genomförandeplan. Därutöver genomförs brukarråd och årlig brukarenkät. Klagomål och synpunkter hör också till delaktighet och inflytande, de redovisas dock i kapitlet om avvikelser och klagomål, då dessa delar följs upp gemensamt av förvaltningen.

### 5.1. Vårdighetsgarantier

Vård- och omsorgsförvaltningen har en broschyr kring vårdighetsgarantier, som också beskrivs mer utförligt i både verksamhetsplan och på kommunens hemsida.<sup>7</sup> Vårdighetsgarantin består bland annat av följande delar:

- ▶ Du ska få information så att du blir delaktig i beslut och insatser som gäller dig.
- ▶ Senast inom 14 dagar blir du erbjuden en namngiven kontaktman. Om du inte är nöjd byter vi kontaktman.
- ▶ Vi gör en plan tillsammans med dig, där det ska vara enkelt för dig att se när och hur du ska få ditt stöd. Planen kallar vi för genomförandeplan.
- ▶ Kan din vanliga personal inte komma som avtalat meddelar vi dig. Du får också meddelande om det kommer någon som du inte träffat tidigare.
- ▶ Du kan få stöd för att delta i social gemenskap. För dig som bor i särskilt boende för äldre innebär det att personalen ordnar två gemensamma aktiviteter på vardagar och en gemensam aktivitet på helgen utifrån de boendes önskemål och förutsättningar.

Det uppmuntras även att personen hör av sig om löftena inte hålls, och det hänvisas till att det kan göras bland annat genom inlämnande av klagomål eller muntligt direkt till personal.

### 5.2. Genomförandeplaner och IBIC

#### 5.2.1. Genomförandeplaner

Genomförandeplanen är en planering för hur brukaren vill ha sitt stöd. Planeringen utgår från handläggarens beställning där brukarens behov, resurser och mål är beskrivna. Brukaren ska vara delaktig i planeringen. Genomförandeplanen upprättas med respekt för brukarens självbestämmande och integritet.

Förvaltningen har 2015 tagit fram en handbok för genomförandeplaner. För att upprätta en genomförandeplan behövs ett förarbete vilket kan vara förberedelser, samtal med brukare, närstående och/eller legal företrädare och annan medarbetare runt brukaren. Det som planerats och beslutats samlas i en genomförandeplan i Procapita. Syftet med genomförandeplanen är att skapa en tydlig struktur för hur stödet ska genomföras och följas upp. Planen tydliggör både för brukare och för medarbetare vem som ska göra vad, när och hur. Genomförandeplanen ska påbörjas snarast efter att beställning verkställts och vara skrivskyddad inom 30 dagar efter verkställighet.

<sup>7</sup> Se [www.lund.se/vardighetsgarantier](http://www.lund.se/vardighetsgarantier)

Förvaltningen har en lokal rutin vid namn "Uppföljning av kvalitet och genomförandeplaner". Rutinen berör den uppföljning där handläggaren följer upp den enskildes upplevelse av kvalitet inom exempelvis bemötande, inflytande och genomförande. I rutinen framgår att det vid uppföljningen ställs ett antal kvalitetsfrågor. Det är brukaren som i första hand besvarar på frågorna men om detta inte är möjligt är det möjligt för närstående eller legal företrädare att besvara frågorna och detta ska i så fall anges i svaret. Personal får däremot inte svara på frågorna och ska inte heller vara med i samtalet.

I rutinen framgår att handläggaren även ska göra en uppföljning av genomförandeplanen utifrån fastställda frågor. Detta görs för alla nya brukare, vid hemgång efter korttidsvistelse och årliga uppföljningar. Kontroll sker då bland annat av om genomförandeplanen är upprättad inom 30 dagar enligt rådande riktlinjer.

Enligt rutinen redovisas resultatet av kvalitets- och genomförandeplansfrågor löpande till förvaltningens ledningsgrupp och till vård- och omsorgsnämnden. Kvartalsvis ansvarar processledare och metodansvariga handläggare för att göra en sammanfattande analys som redovisas internt på myndighetsfunktionen och som redovisas till förvaltningens ledningsgrupp en gång per halvår.

I intervju med förvaltningen framgår att verksamhetsuppföljningar visat ett högt resultat när det gäller att göra brukarna delaktiga, men att det i genomförandeplanen hittills ej framgått *hur* brukaren varit delaktig. Det har därför tagits beslut om att denna information ska stå med i genomförandeplanen.

### **5.2.2. IBIC**

Individens behov i centrum, IBIC, är ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt framtaget av Socialstyrelsen. Arbetssättet är framtaget för verksamheter som arbetar med vuxna personer utifrån SoL och LSS. IBIC utgår från individens behov, resurser, mål och resultat inom olika livsområden i dagliga livet. I intervju med förvaltningen framgår att det under senaste åren pågått ett intensivt arbete med IBIC utifrån ett helhetsperspektiv kring brukaren. I vård- och omsorgsnämndens årsanalys för 2017 framgår att särskilda metodutvecklare och IBIC-stödjare har funnits i verksamheterna (särskilt boende, hemvård, stöd och aktivering samt boende och habilitering) och att de regelbundet har träffat kvalitetsutvecklare och processledare i syfte att förbättra kvalitet och kunskap. Samtliga verksamheters fokus under 2017 låg på brukarens delaktighet i upprättande av genomförandeplaner och mål. Även under 2018 har nämnden beslutat om ett relaterat mål, nämligen "brukarens individuella behov, mål och måluppfyllelse". Resultaten följs upp av nämnden genom kvalitetsnyckeltal.

### **5.2.3. Uppföljning kring brukarens individuella behov**

Uppföljning av målet "Brukarens individuella behov, mål och måluppfyllelse" i delårsrapport för 2018 visar ett resultat på 90 procent för augusti 2018 avseende individuella mål dokumenterade i genomförandeplan. I verksamhetsberättelse för särskilt boende äldre 2017 framgår att förvaltningen genomförde 215 uppföljningar av ärenden under 2017.<sup>8</sup> I uppföljningen framkom att:

- ▶ 85 procent av genomförandeplanerna stämde överens med aktuell beställning.

---

<sup>8</sup> Dessa måluppföljningar gäller de mål som sätts i IBIC-modellen för den enskilde brukaren. Efter det att ett biståndsbeslut fattas i det enskilda ärendet skickar handläggaren en beställning till berörd utförare som innehåller överenskomna mål. Dessa mål ska sedan kunna följas i genomförandeplanen. Bedömning av insatser och målsättning sker inom olika livsområden enligt IBIC-modellen.

- ▶ I de genomförandeplaner som inte stämde överens saknades ofta ett livsområde eller någon insats.
- ▶ I 110 genomförandeplaner återfanns samtliga mål och i 89 delvis. 16 genomförandeplaner saknade målen helt. Det var framförallt de övergripande målen som saknades i genomförandeplanerna, men eftersom de dessa inte ska skrivas in enligt rutin, kommer det heller inte att följas upp framöver.
- ▶ Granskning av andelen aktuella genomförandeplaner visade att 195 genomförandeplaner var upprättade i tid utifrån senaste beställningen eller uppdaterade inom 6 månader. Övriga 20 var äldre än 6 månader.
- ▶ 179 genomförande planer var dock inte fastställda inom 30 dagar från det att beställningen mottagits, enligt gällande rutin. Detta är något som uppmärksammas och nu ändrats i rutin.<sup>9</sup>
- ▶ Även brukarens delaktighet i genomförandeplan granskades. Det ska klart framgå om den enskilde/företrädare har deltagit och på vilket sätt. Granskningen visade att 123 av genomförandeplanerna hade upprättats i samråd med den enskilde/legal företrädare och det framgick på vilket sätt men i 21 saknades beskrivning på vilket sätt. I övriga 71 genomförandeplaner framgick det inget alls om att enskilde/legal företrädare hade varit delaktiga i upprättandet. Detta uppges vara ett utvecklingsområde och något som kommer ligga till grund för IBIC och social dokumentation och som kommer att ingå i en stor utbildningssatsning för all SoL- personal under 2018.

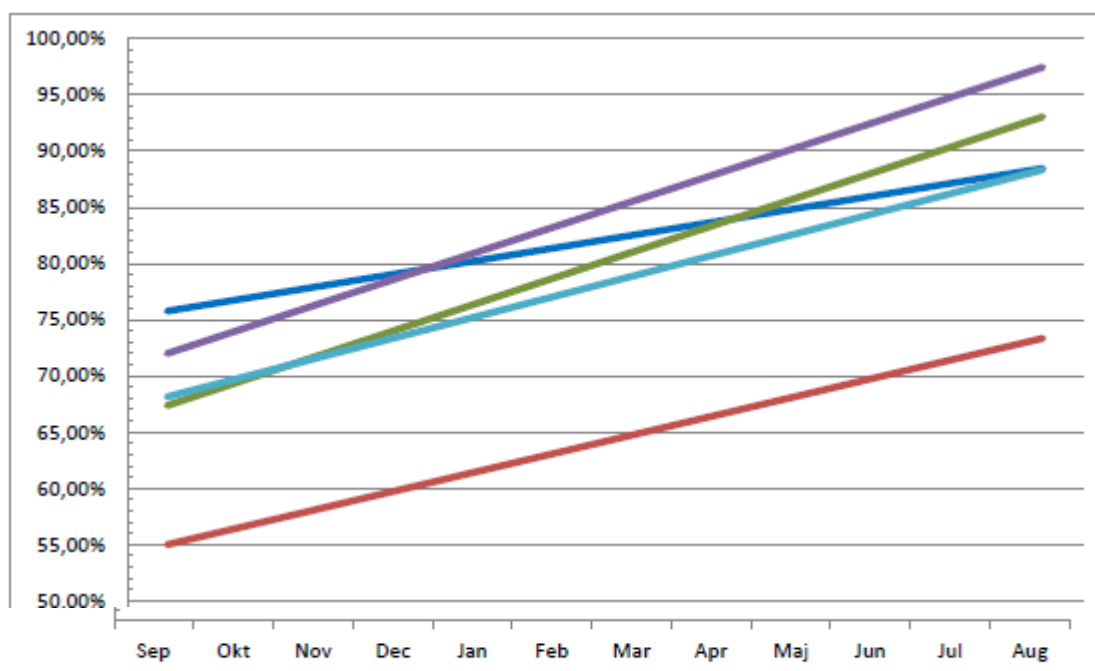
#### **5.2.4. Kvalitetsnyckeltal - uppföljning av genomförandeplaner**

Genomförandeplanerna följs upp i samband med uppföljning av SoL/LSS beslut. Aktuella genomförandeplaner utifrån granskade akter redovisas utifrån olika perspektiv. Diagrammet i form av en trendkurva visar frekvensen för svaren "Ja" samlat från samtliga verksamheter. I rapport från augusti 2018 avseende kvalitetsnyckeltal framgår nedanstående trendkurva.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Den förklaring som ges är att beställningen i regel kommit innan brukaren flyttat in men verkställdes först vid inflyttandet. Därmed har det redan där hunnit gå några dagar och processen med upprättande och fastställande har försenats. Med anledning av detta kommer mätvärdet istället att basera sig på 30 dagar efter det att beställningen verkställdes.

<sup>10</sup> Observera att graferna är tagna från nämndens sammanställning i dokumentet "Indikatorer för styrning och uppföljning (augusti 2018). Graferna är avklippa och redovisar inte hela skalan 0-100 procent. Det finns dock inga linjer som faller utanför gränssnittet. Det framgår inte hur många brukare som omfattas av resultatet.



Samtliga indikatorer i figuren ovan visar på en uppåtgående trend. Röd linje, som ligger lägst, besvarar frågan "Är genomförandeplanen upprättad i samråd med den enskilde/legal företrädare?". Lila linje, som ligger högst, svarar på om målsättningar återfinns i genomförandeplanen. Övriga frågor besvarar om en genomförandeplan är upprättad och om genomförandeplanen överensstämmer med aktuell beställning. Ljusblå linje visar ett genomsnitt av samtliga frågor.

### 5.3. Brukarnas uppfattningar

#### 5.3.1. Brukarråd

Alla enheter arbetar enligt uppgift med kontinuerliga brukarråd och anhörigräffar flera gånger per år för att ha kommunikation kring boendet samt öka delaktighet och självbestämmande. Det finns ingen skriftlig rutin men efterlevnaden av detta arbetssätt följs upp kontinuerligt i dialog mellan verksamhetschef och enhetschef samt i verksamhetsberättelse under samverkan med brukare och anhöriga.

Förvaltningen uppger även i intervju att de har startat en arbetsgrupp med demenssjuksköterska avseende alternativ kommunikation (till exempel personliga samtal) med brukare som inte har möjlighet har besvara enkäter.

#### 5.3.2. Brukarenkäter

Socialstyrelsen genomför årligen en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i äldreboenden. I senast sammanställd data i databasen Kolada framgår bland annat nedanstående tal. Rödmarkerade tal innebär att dessa tillhör de sämsta 25 procenten kommuner i riket, gulmarkerade tal innebär att de ligger i de mittersta 50 procenten och grönmarkerade tal hade inneburit att dessa tillhörde de bästa 25 procenten.

	2015	2016	2017	2018
Andelen (%) som är mycket eller ganska nöjda med sitt boende	80	81	78	77
Andelen (%) som är mycket eller ganska nöjda med personalens bemötande	94	93	91	90
Andelen (%) som uppgett att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till deras åsikter och önskemål	73	76	76	74
Andelen (%) som uppgett att personalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid att utföra arbetet	67	70	66	66
Andelen (%) som uppgett att maten smakar mycket eller ganska bra	68	72	70	67
Andelen (%) som uppgett att de trivs med sitt rum/lägenhet	73	75	73	68
Andelen (%) som uppgett att det är trivs i de gemensamma utrymmena på det särskilda boendet	61	60	61	65

Detta innebär att brukarnas uppfattningar kring ovan redovisade frågeområden successivt har försämrats något mellan 2015-2018, med undantag av den sista frågan, där försämring skett i förhållande till riket men förbättring skett för Lunds kommun.

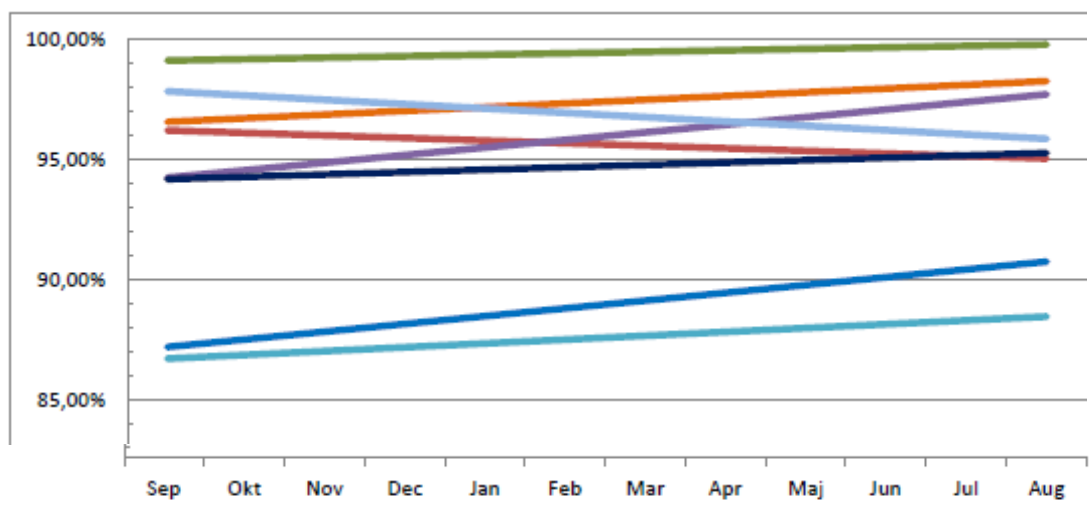
Bland intervjuade framgår att det är svårt för många brukare att svara på enkäten och att av de ca 50 procent som svarar får många hjälp av anhöriga. Det finns därför en viss tveksamhet kring hur väl resultaten avspeglar de faktiska uppfattningarna bland brukare. I brukarenkäten framgår att 38 procent av de svarande har svarat själv på frågorna år 2018.

Resultatet för 2018 ska enligt uppgift rapporteras till nämnden i december 2018. Det har inte tidigare fattas specifika beslut i nämnden utifrån denna uppföljning. Årets resultat har diskuterats av förvaltningsdirektör och verksamhetschef utifrån planeringen för 2019.

### 5.3.3. Kvalitetsnyckeltal - brukarbedömning

Kvalitetsuppföljning på individnivå: frågorna ställs i samband med löpande uppföljning av SoL/LSS beslut och besvaras enligt en 4-gradig skala. Resultatet redovisas månadsvis per fråga. Diagrammet i form av en trendkurva visar frekvensen för svaren Alltid och oftast samlat från samtliga verksamheter. I rapport från augusti 2018 avseende kvalitetsnyckeltal framgår nedanstående trendkurva.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Observera att graferna är tagna från nämndens sammanställning i dokumentet "Indikatorer för styrning och uppföljning (augusti 2018). Graferna är avklippa och redovisar inte hela skalan 0-100 procent. Det finns dock inga linjer som faller utanför gränssnittet. Det framgår inte hur många brukare som omfattas av resultatet.



De två linjer som ligger lägre handlar om upplevelsen av att kunna påverka vilka tider brukaren får stöd samt om det brukar vara lagom många personal som stöttar brukaren. Den enda fallande trendlinjerna utgörs av frågorna:

- ▶ "Är du sammantaget nöjd med det stöd du får?" (ljusblå linje)
- ▶ Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter om hur stödet ska utföras? (röd linje)

Grön linje, som ligger högst, utgörs av svaret på frågan: "Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?". Mörkblå/svart linje redovisar ett genomsnitt av samtliga frågor. Övriga linjer redovisar svaren på frågorna:

- ▶ Brukar personalen veta vad de ska stötta dig med? (lila linje)
- ▶ Är du trygg med det stöd du får? (orange linje)

Högst resultat-  
personalens be-  
mötande

Lägst resultat –  
möjlighet att  
påverka när stöd  
ska ges

I verksamhetsberättelse för särskilt boende äldre 2017 framgår att det gjordes 223 kvalitetsuppföljningar på brukarnivå under året men svar kunde endast fås av 82 brukare varav några med hjälp av anhörig eller legal företrädare. Det bedöms framförallt vara hälsotillstånd och/eller demenssjukdom hos brukaren som påverkat möjligheten att besvara kvalitetsfrågorna. Svarsfrekvensen bedöms som låg och verksamhetsövergripande bedöms inte uppföljningen säga något om den individuella kvaliteten på den vård och omsorg som ges. Resultatet av uppföljningarna anses inte heller representativt för enheterna eftersom det är få brukare som kunnat besvara frågorna.



## 6. Avvikelser och klagomål



Förvaltningen har framtagna rutiner, som berör avvikelser, lex Sarah-ärenden samt klagomål. Dessa är:

- ▶ Rutin för dokumentation och hantering av avvikelser enligt SoL och LSS
- ▶ Rutin för avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser samt medicintekniska produkter
- ▶ Rutin för lex Sarah-ärenden
- ▶ Rutin för synpunkts- och klagomålshantering

Rutinerna återges i bilaga 1. I förvaltningens rutiner framgår att enhets- och verksamhetschefer samt myndighetschef årligen sammanställer och analyserar alla avvikelser inom sitt verksamhetsområde för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i kvaliteten. Resultatet ska fungera som underlag för att utveckla och säkra enheternas och verksamheternas kvalitet. Enhetscheferna ska enligt rådande rutin fortlöpande på arbetsplatsträffar ge personalen information och återkoppling gällande inträffade avvikelser. I intervju samt i mottaget underlag framgår att klagomål sammanställs och analyseras tillsammans med övriga avvikelser.

Enligt intervju med ordförande och vice ordförande tas många individärenden upp i arbetsutskottet, också om det förekommit händelser av anmärkningsvärd karaktär. Det framkommer uppfattning om att det är ett utvecklingsområde att dokumentera tydligare på dessa möten, då individdiskussionerna ej protokollförs.

I intervjuer med personal på boenden framkommer variationer i hur de ser på avvikelser och när avvikelserapportering ska ske. Läkemedelsavvikelser uppges vara förekommande och rapporteras alltid. Andra typer av avvikelser är det dock i vissa fall mer oklara, särskilt när de uppfattas handla om bemötande.

### 6.1. Uppföljning av avvikelser

I tjänsteskrivelse från januari 2018 framgår sammanställning och analys av avvikelser enligt SoL och LSS, klagomål samt lex Sarah-anmälningar inträffade i perioden oktober 2016-september 2017. Sammanställning för 2018 finns vid granskningens genomförande ej framtagen. I sammanställningen från januari framgår att det inom nämnd period inkommit 24 klagomål, 409 avvikelser enligt SoL/LSS samt åtta lex Sarah-ärenden som berör särskilt boende för äldre. I analys kopplad till statistiken framkommer att det skett en betydande ökning (43 procent) av totalt antal avvikelser för samtliga verksamhetsområden, jämfört med föregående uppföljningsår. Det framkommer vidare att antalet registreringar har ökat varje år sedan 2015, vilket förklaras främst med en kunskap och förståelse hos medarbetarna om vikten att rapportera avvikelser som en del i det systematiska förbättringsarbetet. Under 2017 har all berörd personal erbjudits utbildning i avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete.<sup>12</sup>

**Betydande  
ökning av  
antal avvikel-  
ser, 43 %**

<sup>12</sup> I faktagranskning tillkommer att samtliga berörda medarbetare årligen ska utbildas i avvikelshantering. Enhetens avvikelser ska diskuteras på enhetsnivå. Verksamhetschef och

Gällande typ av avvikelse framgår att majoriteten av avvikelser inom särskilt boende för äldre faller inom kategorin "utförande av insats/aktivitet" (ca 50 procent), följt av kategorin "dokumentation" (ca 30 procent). Konsekvensen för brukarna bedöms i majoriteten av tillfällena (ca 75 procent) som ingen eller måttlig. I ca 25 procent av fallen bedöms dock konsekvensen vara måttlig eller betydande. I analysen anges att de avvikelser som bedöms ge betydande konsekvenser är främst när insatser uteblir, när kommunikationen är bristfällig och när bemötandet är dåligt.

Avvikelser som analyserats och som bedömts ge betydande konsekvens för brukarna inom verksamhetsområdet särskilt boende för äldre finns inom följande områden:

- ▶ Försumlighet/följer ej gällande rutin
- ▶ Kommunikation/rapport,
- ▶ Utförande av insats
- ▶ Insats ej utförd
- ▶ Bemötande och bristande kunskap

De flesta SoL- och LSS-avvikelser handlar om att genomförandeplaner, arbetsplaner och rutiner inte följs och att det brister i kommunikationen medarbetarna mellan och i dokumentationen. Övergripande anledningar uppges vara försenade uppföljningar, brister i informationsöverföringen, i den sociala dokumentationen och i genomförandeplanen, brister i personalbemanning och i planeringen vid medarbetarnas frånvaro, slarv – läser inte schemaplan ordentligt – samt en hög personalomsättning med många vikarier.

Utöver direkta åtgärder uppges att enheterna har upprättat rutiner och förankrat dem på berörda enheter eller så har gällande rutiner lyfts fram och gått igenom i personalgrupperna. Rutiner och åtgärder som berör hela verksamhetsområdet har tagits upp i verksamhetsområdets ledningsgrupp. Åtgärder som vidtagits är bland annat utbildning och handledning till arbetsgrupper och enskilda medarbetare vid lokaliserade brister, fortsatt arbete med Värdegrunden och stöd till värdegrundsledarna samt utbildning i IBIC.

**Flera avvikelser saknar dokumentation**

I rapporten framkommer att verksamhetsområdet måste arbeta vidare med hur man rapporterar i systemet då många avvikelser saknar händelse och dokumentation. Analysen påvisar också att man bedömer allvarlighetsgraden olika. Analysen visade avvikelser som borde varit bedömda som betydande konsekvens medan andra avvikelser bedömda som betydande konsekvens inte påverkat brukaren.

Gällande klagomål och synpunkter framgår att 82 % av dessa besvarades inom 10 arbetsdagar och 18 % besvarades efter 10 arbetsdagar. Antalet klagomål och synpunkter samt svarstiden anges vara jämförbar över åren. 76 % av alla klagomål och synpunkter framfördes 2017 av brukarna, legal företrädare och av närstående. Som utvecklingsområden anges att statistik om vad klagomål och synpunkt avser inte kan tas fram på ett enkelt sätt ur ärendehanteringssystemet. Vidare nämnds att kommunens webbsida för klagomål och synpunkter bör förtydligas och förenklas.

De lex Sarah-ärenden under den redovisade perioden som berör särskilt boende för äldre redovisas i bilaga 2. Sammanställning av lex Sarah ärenden från oktober 2017 fram till oktober 2018 är pågående och finns tillgänglig först under första kvartalet 2019. Granskarna har dock gjort egen sammanställning, som också återfinns i bilaga 2.

Avvikelser gällande hälso- och sjukvårdsinsatser samt medicintekniska produkter redovisas i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. I framtagna berättelse för 2017 framgår bland annat

---

myndighetschef handleder utredarna (kvalitetsutvecklare) samt gör en kollegiegranskning av 10 utredningar för att kvalitetssäkra lex Sarah utredningarna.

att antalet rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser från såväl egen som extern regi uppgick till totalt 8 693 under kvalitetsåret. Det är en ökning med 4,6 procent jämfört med föregående år. Den största ökningen ses inom området fall. Orsaken till läkemedelsavvikelserna har bland annat varit att medarbetarna inte har följt rutinerna för läkemedelshantering, att de glömmer ge läkemedel och att identitetskontrollen varit bristfällig.

## **6.2. Hantering av särskilda omständigheter på Linelyckan**

Under sommaren 2018 inkom ett flertal rapporter enligt Lex Sarah gällande Linelyckans särskilda boende. I rapporterna framkom uppgifter om larm som blivit avstängda på natten, att personal inte besökt brukare när epilepsilarm gått, att personal inte följt ordinationer samt information om dåligt bemötande och fysiskt hårdhänthet mot brukare. Anledningen till att rapporterna framkom under sommaren är enligt vad som framkommit i intervjuer att det då fanns en vikarierande enhetschef på plats. Ordinarie enhetschef hade inte fullständig kännedom om händelser och avvikelser som inte hanterades enligt gällande rutin. Anledningen till detta bedöms vara osunda kulturer samt brist i arbetsledning och organisation.

En del åtgärder verkställdes direkt i samband med identifiering av avvikelserna. Exempelvis stängdes några av personalen av, några i nattpersonalen omplacerades till dagtjänst, en fjärde personal sattes in nattetid. Samtidigt säkerställdes att larm som inte var installerade installerades och nya informationsinsatser om boendets larmrutiner genomfördes.

Framöver planerar boendet att omstrukturera personalresurserna i syfte att bryta osunda kulturer. Vidare ska en ny arbetsledning anställas och en ny tillförordnad enhetschef har satts in. I enskilda fall ska arbetsrättsliga åtgärder riktade mot enskilda individer göras. Enligt t.f. enhetschef krävs det även att personalen på ett tydligare sätt arbetar med egenkontroller, avvikelser och uppföljning, att de tydligare skapar brukarfokus utifrån IBIC (individens behov i centrum), samt skapar skriftliga rutiner där det saknar eller på ett bättre sätt förankrar gällande rutiner. Den nya ledningen måste även säkerställa en ny planering kring hur personalen ska arbeta med värdegrunden samt fastställa tydliga strukturer för arbetsordning gällande rapportering, ansvar och roller.

## **7. Bedömningar och rekommendationer**

Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämndens systematiska förbättringsarbete inte är tillräckligt. Vi noterar att det finns en omfattande uppföljning, dock bedömer vi det som svårt att följa ett systematiskt arbete med hur uppföljningarna tillvaratas och används i förbättringsarbetet. Vi menar att nämnden på ett tydligare vis bör tillvarata det som framkommer i bland annat avvikelser, brukarenkät samt annan uppföljning.

### **7.1. Bedömningar och svar på revisionsfrågor**

#### **7.1.1. Finns det en tydlig strategi för att hantera framtida behov och förändringar?**

Ja, vi bedömer att det finns en tydlig strategi för att hantera framtida behov och förändringar. Nämnden har 2015 antagit en plan för framtida behov och förändringar. Prognosen ses i nuläget över och därefter kan planen komma att förändras. Tills nytt beslut tas gäller dock nuvarande plan. Vi noterar att beläggningsgraden enbart är runt 93 procent så att det därmed finns utrymme för förändringar på kort sikt. Vi ser dock att det är klokt att se över nuvarande plan, då nuvarande plan är tre år gammal och den nationella prognosen har förändrats.

#### **7.1.2. Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder för att säkerställa kvalitet inom äldreomsorgen?**

Vi bedömer att nämnden inte fullt ut vidtar tillräckliga åtgärder för att säkerställa kvalitet inom äldreomsorgen. Vi grundar vår bedömning på att vi inte på ett tydligt sätt kan följa hur de brister som konstaterats i verksamheten ligger till grund för ett systematiskt förbättringsarbete. Detta gäller såväl arbetet med avvikelser som den nedåtgående tendens som framkommer i brukarenkäter. Vi kan inte se att nämnden tagit beslut kopplade till exempelvis kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse, brukarenkät och resultat av egenkontroll. Vi kan inte heller utläsa vidare analys kopplade till den uppföljning som sker, det vill säga *hur kommer det sig* att resultaten ligger lågt inom vissa områden, att vissa avvikelser förekommer etc. Vi ser därtill att vissa enheter, såsom Fästan, arbetar aktivt med t.ex. värdegrundsarbete, vilket vi bedömer är både positivt och efterföljansvärt. Dock saknar vi erfarenhetsutbyte enheterna emellan och från personal till personal. Sammantaget innebär detta att kvalitetsarbetet riskerar att stanna vid uppföljningar och inte en aktiv förbättring utifrån analys och åtgärder, det vill säga ett fungerande kvalitetshjul.

#### **7.1.3. Finns det ett systematiskt arbete med avvikelser?**

Delvis, vi bedömer att det finns ett arbete med avvikelser på nämnds- och förvaltningsnivå. Det finns tydliga rutiner för avvikelser och samtliga avvikelser sammanställs och rapporteras till nämnd en gång per år. Vi noterar i våra iakttagelser på boenden att all personal känner till hur de ska arbeta med avvikelser.

Vi ser utifrån det händelseförlopp som ägt rum på Linelyckan (se särskilt avsnitt) att det finns utrymme att arbeta ytterligare med rutiner för avvikelserrapportering, inte minst på enhetschefsnivå. Vi menar dock att de åtgärder som vidtagits efterföljande avseende Linelyckan är tillfredsställande och visar att allvarliga avvikelser hanteras ändamålsenligt.

Vi bedömer att sammanställning och analys av allvarliga avvikelser bör ske mer än en gång årligen, då dessa löpande bör ligga till grund för det systematiska förbättringsarbetet.

Nämnden behöver också löpande ta del av åtgärder som ligger till grund av sammanställningar och analyser.

#### **7.1.4. Är egenkontrollen tillräcklig?**

Ja, vi bedömer att egenkontrollen i stort är tillräcklig, däremot kan vi konstatera utvecklingsområden kopplade till nämndens uppföljning av egenkontrollen. I samband med granskningen kan vi konstatera att nämnden inför 2018 genomfört och dokumenterat en riskanalys, som redogörs i handlingsplan för intern kontroll 2018, kopplad till risker inom kvalitetsarbetet. Riskerna är dokumenterade i en plan för egenkontroll. Detta bedömer vi vara tillräcklig utifrån de krav som anges i Socialstyrelsens författningssamling avseende systematiskt kvalitetsarbete.

Uppföljning av egenkontrollen 2017 har endast rapporterats muntligen till förvaltningens ledningsgrupp, vilket vi bedömer som en brist. Vi ser positivt på att uppföljningen av egenkontrollerna 2018 ska rapporteras skriftligen till nämnden. Det är enligt vår bedömning viktigt att nämnden tillser att detta görs, då det är ett steg i att stärka nämndens styrning och uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet.

#### **7.1.5. Gör nämnden tillräckligt för att säkra brukarnas delaktighet och inflytande?**

Delvis. Det finns genomförandeplaner, men nämnden har själv i uppföljning konstaterat att dessa inte fullt ut är upprättade enligt rådande riktlinjer. Det finns en tydlig rutin kring klagomål och synpunkter. I brukarenkät framkommer att Lunds kommun ligger lågt när det gäller upplevelsen av att personalen tar hänsyn till brukarens åsikter och önskemål. Sammantaget bedömer vi att nämnden kan stärka arbetet med att säkra brukarnas delaktighet och inflytande.

## **7.2. Rekommendationer**

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Säkerställa att det finns ändamålsenliga rutiner och underlag kring hur det systematiska förbättringsarbetet ska ske, utifrån den uppföljning som äger rum.
- ▶ Arbeta för att stärka brukarnas upplevelse av delaktighet och inflytande, bland annat utifrån det som framkommit i brukarenkät.

Lund den 20 november 2018

Sara Shamekhi  
EY

Anna Hammarsten  
EY

## Källförteckning

### Intervjuade funktioner

- ▶ Vård- och omsorgsnämndens ordförande samt vice ordförande
- ▶ Gruppintervju med förvaltningschef, myndighetschef, verksamhetschef särskilt boende samt kvalitetschef
- ▶ Verksamhetschefer på tre utvalda äldreboenden
- ▶ Personal och boende på tre utvalda äldreboenden

### Medverkat vid intervjuerna

- ▶ Lennart Nilsson, förtroendevald revisor
- ▶ Claes Berne, förtroendevald revisor

### Dokument

#### *Vård- och omsorgsförvaltningen*

- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (VOO 2016/0404)
- ▶ Rutin för hantering av klagomål och synpunkter, skapad 2017-01-10
- ▶ Rutin för hantering av Lex Sarah-ärenden, reviderad 2017-01-10
- ▶ Rutin för ansvarsfördelning och hantering av SoL- och LSS-avvikelser, daterad 2014-12-09
- ▶ Rutin för hantering av avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser samt medicintekniska produkter, daterad 2017-06-02
- ▶ Tjänsteskrivelse: Avvikelser år 2017 (VOO 2018/0092)
- ▶ Förteckning över egenkontroller 2017-2018, daterad 2018-09-19
- ▶ Granskningsrapport intern kontroll 2017, daterad 2017-11-20
- ▶ Tjänsteskrivelse: Långsiktigt behov av lägenheter i särskilt boende (VOO 2014/0074)
- ▶ Rapport: nationella kvalitetsregister (VOO 2018/0084)
- ▶ Rutin: Uppföljning av kvalitet och genomförandeplaner, daterad 2017-12-20 (VOO 2017/0227)
- ▶ Modell för uppföljning på verksamhetsnivå, daterad 2017-06-18
- ▶ Rutin: Teamträffar särskilda boenden för äldre, daterad 2018-09-07 (VOO 2018/0487)
- ▶ Verksamhetsberättelse 2017 för särskilt boende äldre
- ▶ Handbok genomförandeplan, daterad 2015-12-04
- ▶ Mat och måltidsmiljö på särskilt boende för äldre – checklista (VOO 2016/0434)
- ▶ Rutin: Städning av gemensamhetsutrymmen på särskilt boende, daterad 2016-06-23

- ▶ Granskningsrapport intern kontroll 2018, särskilt boende för äldre

*Vård- och omsorgsnämnden*

- ▶ Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2017 (VOO 2018/0165)
- ▶ Handlingsplan för intern kontroll 2018 (VOO 2018/0048)
- ▶ Beslut: långsiktigt behov av lägenheter i särskilt boende (VOO 2014/0074)
- ▶ Årsanalys 2017
- ▶ Indikatorer för styrning och uppföljning av verksamheten, augusti 2018

## Bilaga 1. Rutiner för avvikelser mm.

### ***Rutin för dokumentation och hantering av avvikelser enligt SoL och LSS***

Avvikelse är ett samlingsbegrepp för negativa händelser och tillbud. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska förvaltningen ta emot och utreda avvikelser på verksamheternas kvalitet. Avsikten med avvikelshantering är att komma tillrätta med brister i den egna verksamheten, att förhindra att bristerna upprepas samt att utveckla verksamheten.

För SoL- och LSS-avvikelser använder sig förvaltningen av en framtagen rutin för ansvarsfördelning och hantering. Syftet med rutinen är att tydliggöra ansvaret för och hanteringen av SoL- och LSS-avvikelser i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Procapita inom verksamheter som bedrivs i intern och extern regi.

I rutinen framgår att en SoL- eller LSS-avvikelse dokumenteras i Procapita av den personal som får information om eller upptäcker en avvikelse så snart den uppdagas. Om personal inte har åtkomst till Procapita finns möjligheten att rapportera en avvikelse skriftligt på blanketten *Rapportblankett för SoL- och LSS-avvikelser*. Uppgifterna på rapportblanketten ska snarast överföras till Procapita. Avvikelse dokumentationen ska tydligt beskriva typ av avvikelse, varför avvikelser inträffar, graden av konsekvens för brukaren, vidtagna åtgärder samt uppföljning. De olika typerna av avvikelser är:

- ▶ Bemötande
- ▶ Dokumentation
- ▶ Handläggning av ärende
- ▶ Utförande av insats/aktivitet
- ▶ Övrigt

I rutinen definieras vad som menas med avvikelse i samband med utförande av insats/aktivitet. Här framgår att det är en avvikelse om en insats utförs minst 30 minuter tidigare eller senare än överenskommen tid, även om personal kontaktar brukaren och informerar samt kommer överens om annan tid eller dag för insats. Tidsspannet för en avvikelse kan även vara kortare än 30 minuter om det innebär att brukaren missar till exempel taxi eller läkarbesök. Avvikelse typen *Övrigt* ska väljas om händelsen inte passar in på någon av de andra typerna eller när det inte finns något annat passande alternativ till att besvara frågan om varför avvikelser inträffar.

Chefen ansvarar för att fylla i graden av konsekvens för brukaren samt att dokumentera vidtagna åtgärder, planerade åtgärder och uppföljning. En uppföljning och analys ska göras inom en månad och då uppmärksamma om åtgärderna fått avsedda effekter. Avvikelsen avslutas i Procapita av chefen när de planerade effekterna av åtgärderna har uppnåtts.

### ***Rutin för avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicintekniska produkter***

Det finns en av förvaltningen framtagen rutin som anger att en avvikelse på hälso- och sjukvårdsinsats eller medicinteknisk produkt är en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada på en patient.<sup>13</sup> Också denna typ av avvikelser dokumenteras i Procapita. Medarbetare ansvarar för att vidta åtgärder för att trygga patientsäkerheten i samband med händelsen och för att kontakta läkare vid behov.

---

<sup>13</sup> Det framgår dock av rutinen att allvarliga vårdskador ska anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).



En avvikelse ska börja utredas senast en vecka efter att den inträffade. Det är den legitimerade personal som ansvarar för patienten som i första hand ska göra utredningen. Utredningens omfattning ska anpassas efter avvikelens allvarlighetsgrad. För avvikelser med allvarlighetsgrad 3 och 4 ska det göras en mer omfattande utredning än för de med lägre allvarlighetsgrad. Rutinen anger vidare i detalj respektive personalkategori's ansvar i förhållande till avvikelser av olika allvarlighetsgrad.

### **Rutin för lex Sarah-anmälningar**

Om händelsen bedöms vara ett missförhållande eller risk för missförhållande ska avvikelser enligt SoL och LSS istället hanteras och registreras som ett lex Sarah-ärende. Det finns en rutin för denna typ av anmälningar. I rutinen framgår bland annat följande:

- ▶ Medarbetare som uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande som berör en brukare ska genast rapportera händelsen genom att i första hand fylla i rapportblanketten som finns på kommunens intranät. Medarbetare som inte har tillgång till intranätet kan fylla i en rapport på pappersblankett eller rapportera händelsen muntligt.
- ▶ Den som tar emot rapporten ansvarar för att göra en bedömning av om missförhållandet kräver att omedelbara åtgärder behöver vidtas. Vid behov måste även den medarbetare som uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande vidta omedelbara åtgärder.
- ▶ Brukaren ska informeras om rapporten. En beskrivning av händelsen och information om att en rapport har upprättats dokumenteras i brukarens SoL/LSS-journal.
- ▶ En första bedömning görs om missförhållandet är allvarligt eller ej. Om en verksamhetschef redan i detta skede bedömer att händelsen är allvarlig ska den utredas av en annan verksamhetschef. För myndighetschefen gäller motsvarande att kvalitetschefen ska göra utredningen. Samma fördelning av utredningsansvar ska tillämpas om verksamhetschefen/myndighetschefen själv är inblandad i händelsen.
- ▶ En utredning ska påbörjas senast första vardagen efter att rapporten har lämnats till enhetschefen på den enhet där missförhållandet har inträffat. Berörd verksamhetschef alternativt myndighetschefen utser vem som ska utreda rapporten. För att utredningen ska uppfattas som så neutral och opartisk som möjligt ska rapporten inte utredas av någon som arbetar på den enhet där missförhållandet har skett. Utredningen av händelsen dokumenteras direkt i mall som hämtas i ärendehanteringssystemet under det diarieförda ärendet.
- ▶ Åtgärder för att förhindra att liknande händelse inträffar igen ska planeras. Om utredningen visar att åtgärder måste vidtas av en annan enhet/verksamhet än den utreda ska den informationen snarast återkopplas till berörd enhet/verksamhet.
- ▶ Efter utredning av händelsen avslutas utredningen med ett beslut, till exempel att det var en påtaglig risk för ett missförhållande. Utredningstexten fastställs och ärendet avslutas om missförhållandet inte bedöms vara allvarligt. Brukaren och rapportören informeras om resultatet av utredningen.
- ▶ Uppföljning för att kontrollera om genomförda åtgärder gav förväntad effekt ska göras senast tre månader efter avslutad utredning.
- ▶ Vid minst nio tillfällen per år, till exempel på arbetsplatsträffar, ska medarbetare få information och återkoppling gällande lex Sarah-ärenden.

Rutinen anger vidare i detalj respektive personalkategoris ansvar i förhållande till hantering av lex Sarah-ärenden, också för verksamheter i extern regi.

### ***Rutin för synpunkts- och klagomålshantering***

Förvaltningen har en rutin för hantering av klagomål och synpunkter, där det framgår att dessa är en del i arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheterna. Syftet är att brister inte ska uppstå eller upprepas. Om en brist ändå uppstår ska verksamheten lära av det för att förhindra att liknande händelse inträffar igen. En utredning ska identifiera bakomliggande orsak till bristen på systemnivå, det vill säga en orsak som är kopplad till organisation och inte till person.

I rutinen framgår bland annat följande:

- ▶ Ett klagomål till förvaltningen kan lämnas både muntligt och skriftligt och kan inkomma från bland annat brukare, närstående, medarbetare och myndigheter.
- ▶ Ett muntligt klagomål ska skrivas ner av den medarbetare som tar emot det. Rapportören av klagomålet ska alltid informeras om att klagomålet diarieförs och därmed blir en allmän handling. Klagomål kan även lämnas anonymt men rapportören går då miste om ett återkopplande svar.
- ▶ Ett klagomål ska besvaras inom tio arbetsdagar. Om klagomålet inte är färdigutrett och avslutat inom tidsgränsen på tio arbetsdagar ska rapportören informeras om orsak till fördröjningen.
- ▶ I de fall ett klagomål angår en brukare/patient ska händelsen och dess effekt för brukaren/patienten dokumenteras i SoL/LSS-journalen alternativt HSL-journalen.
- ▶ Om händelsen bedöms vara ett missförhållande eller risk för missförhållande ska den utredas som ett lex Sarah-ärende. Medicinskt ansvarig sjuksköterska bedömer om händelsen ledde till en vårdskada och ska anmälas enligt lex Maria.
- ▶ Utredningen av klagomålet dokumenteras direkt i en mall i ärendehanteringssystemet under det diarieförda ärendet. Åtgärder för att förhindra att liknande händelse inträffar igen ska planeras.
- ▶ Om utredningen visar att åtgärder måste vidtas av en annan enhet/verksamhet än den utreda ska den informationen snarast återkopplas till berörd enhet/verksamhet. Utredningstexten fastställs och svarsdatum anges när ärendet avslutas.
- ▶ Uppföljning för att kontrollera om genomförda åtgärder gav förväntad effekt ska göras senast tre månader efter avslutad utredning.

Rutinen anger vidare i detalj respektive personalkategoris ansvar i förhållande till hantering av synpunkter och klagomål, också för verksamheter i extern regi.

## Bilaga 2. Lex Sarah-anmälningar 2016-2018

### *Förvaltningens sammanställning, okt 2016 – sep 2017*

#### *Enhet: Linelyckan*

- ▶ Händelse: Kränkning fysiskt och psykiskt, uteblivna insatser, underlåtit att anmäla att larmet var ur funktion.
- ▶ Åtgärd: Utbildning i avvikelser samt rapporteringsskyldighet, regelbunden återkoppling till personal, fortsatt värdegrundsarbete, stöd och handledning till enhetschef i egenkontroller, tydliga instruktioner till nyanställda.
- ▶ IVO: Ja

#### *Enhet: Linelyckan*

- ▶ Händelse: Larm fungerade inte efter strömavbrott, vilket inte uppmärksammades.
- ▶ Åtgärd: Rutin vid strömavbrott har upprättats och förankrats hos medarbetarna.
- ▶ IVO: Nej

#### *Enhet: Brunnslyckan*

- ▶ Händelse: Dörrlarmet till branddörr på tredje våningen var ur funktion, vilket innebar risk för fall i trappa för brukare. Alla tog inte del av kommunikation rörande dörrlarmet.
- ▶ Åtgärd: Skylta vid liknande händelser. Genomgång av medarbetares rutin för att ta del av det som kommuniceras.
- ▶ IVO: Ja

#### *Enhet: Brunnslyckan*

- ▶ Händelse: Brukare glömdes bort på toalett och föll i golvet.
- ▶ Åtgärd: Rutin för tillsyn för att säkerställa att alla brukare befinner sig där de ska.
- ▶ IVO: Ja

#### *Enhet: Mårtenslund våning 2*

- ▶ Händelse: Brukare legat i samma kläder under 19 timmar. Uteblivna insatser då medarbetare inte klarat av att utföra insatserna, detta framgår dock inte i dokumentation.
- ▶ Åtgärd: Trycka på vikten av att dokumentera samt upprättande av bemötandeplan.
- ▶ IVO: Nej

#### *Enhet: Fästan*

- ▶ Händelse: Brukare har fallit av sängen som var upphissad och inga grindar uppe. Brukaren skadade sig inte.
- ▶ Åtgärd: Genomgång av gällande rutiner för alla medarbetare.
- ▶ IVO: Nej

#### *Enhet: Fästan*

- ▶ Händelse: Brukares rörelselarm flyttades till annan brukare. Baspersonal gjorde egen bedömning av brukarnas behov. Brukare föll och skadade sig.
- ▶ Åtgärd: Personal utbildade i vad som gäller vid skyddsåtgärder samt att regelverket lyfts två ggr/år på arbetsplatsträff.
- ▶ IVO: Ja

## **Egen sammanställning, okt 2017 – okt 2018**

### *Enhet: Linegården*

- ▶ Händelse: Brukare är upprörd över att en i personalen velat känna på mage och underliv. En annan brukare var upprörd över att personalen ville pussa på henne.

### *Enheten: Linegården*

- ▶ Händelse: Brukare har inte tvättat håret enligt genomförandeplanen. Brukaren är beviljad dusch/heltvättning dagligen enligt IBIC-beslut. Enligt signeringslistan är detta ej utfört.

### *Enhet: Brunnskatan 13 A*

- ▶ Händelse: Personal hörde en boende skrika när en i personalen förflyttat den boende till allmänutrymmet. Boende upplevde det som en obehaglig företeelse då detta gjordes hastigt utan hjälpmedel.

### *Enhet: Norrdala särskilt boende*

- ▶ Händelse: Personal hör annan i personalen skrika till en boende. När boende inte lyssnar på personalens invändningar blir boende slagen i nacken av den person i personalen som tidigare skrikigt.

### *Enhet: Ribbingska äldreboende*

- ▶ Händelse: Boende berättar att hon saknar sju kartor medicin. Boende sköter sin medicinering själv och förvarar den i sin lägenhet.

### *Enhet: Ribbingska äldreboende*

- ▶ Händelse: En vikare utan delegerad rätt har delat ut medicin till fyra boende. Ordinarie personal kontrollerade i efterhand att boende fått ordinerad dos vilket de fått.

### *Enhet: Papegojlyckan D2*

- ▶ Händelse: Boende var inlåst på sitt rum.

### *Enhet: Brunnskatan 13A*

- ▶ Händelse: Boende var inlåst på sitt rum.

### *Enhet: Ribbingska äldreboende*

- ▶ Händelse: Personal upptäcker att det saknas medicin hos en boende. Vid kontroll upptäcks att det saknas medicin, narkotiska preparat, hos ett flertal av de boende.
- ▶ Åtgärd: Täta kontroller av samtlig narkotika utförs från och med denna upptäckt.

### *Enhet: Linelyckan*

- ▶ Händelse: Upptäckt av att narkotikapreparat saknas.
- ▶ Åtgärd: Rapportering enligt handlingsplan samt polisanmälan gjord. Förslag på förändrad rutin för sjuksköterskor.

### *Enhet: Vevrehemmet*

- ▶ Händelse: Inkommen handling från IVO i form av en kopia på synpunkter och klagomål som brukarens hustru sänt till IVO. Enhetschef bedömde att rapport enligt Lex Sarah ska upprättas.

### *Enhet: Linelyckan*

- ▶ Händelse: Brukare åker med färdtjänst till Domkyrkan. Resan hade avbokats samma dag av anhörig som pratat med tjänstgörande personal. Problem uppstod vid hemfärd och brukaren var åter 22.30.

### *Enhet: Linelyckan*

- ▶ Händelse: Nattpersonal har stängt av de boendes larm på natten.

*Enhet: Linelyckan*

- ▶ Händelse: Personal har inte följt ordination från rehabpersonal vid förflyttning av brukare, vilket har bidragit till att brukaren försämrats i sin förflyttningsförmåga.
- ▶ Åtgärd: Ny ordination på förflyttning med lift har gjorts efter önskemål från personal. Rehabpersonal bedömer att denna förflyttning underlättar för brukaren.

*Enhet: Linelyckan*

- ▶ Händelse: Rörelselarm hos två brukare installerades inte trots överenskommelse på TEAM-möte. Brukaren, har under perioden, fallit utan att personalen signalerat om att larmet inte installerats.

*Enhet: Linelyckan*

- ▶ Händelse: En i personalen på avdelningen har dåligt bemötande mot några brukare. Personalen tvingar brukaren att ta sin medicin och är hårdhänt vid sänggående.

*Enhet: Linelyckan*

- ▶ Händelse: Vid uppföljning av larmlistor ifrågasätter rehab-personal om omvårdnadspersonal besöker brukare efter att EP-larm utlösts. Brukaren har även haft oförklarliga blåmärken på båda skulderna.

*Enhet: Fästan, särskilt boende*

- ▶ Händelse: Hårdhänthet mot brukare från personal i samband med förflyttning från sängen till duschen. Lyftteknik användes inte utan personalen drog i den boendes armar. Märken uppmärksammandes efter att personalen varit själv med boende.

*Enhet: Mårtenslunds äldreboende*

- ▶ Händelse: Brukaren sattes på en toalett av personalen och lämnade därefter arbetsplatsen utan att informera övrig personal om var brukaren befann sig. Brukaren lämnades ensam i 1,5 timme på toaletten. Resterande personal upptäckte att boende saknades i samband med måltid.

*Enhet: Mårtenslunds äldreboende*

- ▶ Händelse: Under uppföljningssamtal uppger den enskilde samt dennes dotter att hon inte fått komma ut på promenad under våren 2018. Samordnare som närvarar bekräftar detta och uppgav att det beror på att det saknades personal.

*Enhet: Linelyckan*

- ▶ Händelse: Brukare hittas i badrummet och har fallit. Larmet var inte påslaget.

*Enhet: Linelyckan*

- ▶ Händelse: När nattpersonal ska besvara trygghetslarm sitter brukaren i mörkret på toaletten. Brukaren uppger att hen larmet flera gånger och att han senast tittade på klockan 19.40

*Enhet: Linelyckan*

- ▶ Händelse: Efter läkarbesök lämnar personal brukaren själv i lägenheten. Brukaren, som skrek och var orolig satt med blöta kläder i sin rullstol efter regnet utomhus. Han var kall och frös.

*Enhet: Linelyckan*

- ▶ Händelse: Personal kallar brukare för satkärring i samband med måltid på avdelningen.

*Enhet: Mårtenslund*

- ▶ Händelse: Larm fungerar inte.

*Enhet: Värpinge*

- ▶ Händelse: Brukare som ska ha blöja, togs upp vid 5-tiden av nattpersonalen som inte satte på brukaren en blöja. Brukaren hittades i sin rullstol vid kl. 7.20 när denna utträttat sina behov i rullstolen.

*Enhet: Värpinge*

- ▶ Händelse: Brukaren hade inte fått sin blöja bytt under natten vilket resulterade i att den läckt under morgonen och blött ned sängen när morgonpersonalen gick på sitt pass.

*Enhet: Norrdala, särskilt boende*

- ▶ Händelse: En i personalen skrek/höjde rösten kring hur dålig maten var i samband med måltid med brukarna. Brukarna blev oroliga och rädda.

*Enhet: Norrdala*

- ▶ Händelse: Rapportering avseende bemötande av personal. Delvis personalen emellan, delvis mellan personal och brukare.

*Enhet: Nibblegården*

- ▶ Händelse: Brukare orolig och arg. Personal var tvungen att hålla fast brukaren när SSK gav lugnande medicinering.

*Enhet: Papegojlyckan*

- ▶ Händelse: Morgonpersonalen upptäcker att en brukare sov i samma kläder från föregående dag. I rapporten från dagen innan finns antecknat att brukaren inte varit uppe under eftermiddagen eller under kvällen. Många timmars fasta då brukaren endast fått i sig dryck vid medicinering.