

# Granskning av systematiskt kvalitetsarbete inom särskilt boende

Trelleborgs kommun



# 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 .....	4
2.4. Revisionskriterier .....	4
<b>3. Kvalitetsarbete och rutiner</b> .....	<b>5</b>
Revisionskriterium.....	5
3.1. Iakttagelser .....	5
3.2. Bedömning.....	9
<b>4. Förbättringsarbete och uppföljning</b> .....	<b>10</b>
Revisionskriterium.....	10
4.1. Iakttagelser .....	10
4.2. Bedömning.....	15
<b>5. Delaktighet</b> .....	<b>17</b>
Revisionskriterium.....	17
5.1. Iakttagelser .....	17
5.2. Bedömning.....	23
<b>6. Slutsats</b> .....	<b>24</b>
<b>7. Källförteckning</b> .....	<b>26</b>
<b>Bilaga 1. Revisionskriterium</b> .....	<b>27</b>
<b>Bilaga 2. Stickprovsresultat</b> .....	<b>30</b>

# 1. Sammanfattning

---

Den sammanfattande bedömningen är att socialnämnden delvis har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten på kommunens särskilda boenden.

Granskningen har innefattat dokumentstudier, intervjuer med förvaltning samt besök på tre särskilda boenden där vi intervjuat enhetschefer. Därutöver har det genomförts en stickprovsgranskning av genomförandeplaner.

Bedömningen grundas på följande iakttagelser:

- ▶ Det finns ett fastställt kvalitetsledningssystem.
- ▶ Det saknas gemensam rutin för palliativ vård. Vid tidpunkt för granskningen pågår ett arbete med att fastställa en gemensam rutin.
- ▶ I kvalitetsberättelsen identifieras behov av förbättringsområden.
- ▶ Det är inte tillräckligt tydligt hur nämnden säkerställer att identifierade behov av åtgärder genomförs och följs upp.
- ▶ Det går inte att följa upp hur respektive enhet har arbetet med aktiviteter i sina A3-planer (verksamhetsplaner).
- ▶ Gällande avvikelser konstaterar vi att det finns betydande skillnader i antal rapporterade avvikelser mellan enheterna. Det är vår uppfattning att dessa skillnader inte har identifierats eller analyserats av nämnden.
- ▶ Genomförd stickprovsgranskning visar att det finns upprättade genomförandeplaner i samtliga granskade fall.
- ▶ Stickprovsgranskningen visar samtidigt att mindre än hälften av brukarna har varit delaktiga i upprättandet av sin genomförandeplan.

Mot bakgrund av granskningen lämnas socialnämnden följande rekommendationer:

- ▶ Säkerställa att det påbörjade förbättringsarbetet avseende palliativ vård fortlöper.
- ▶ Säkerställa att den enskilde är delaktig vid upprättande av genomförandeplanen.
- ▶ Säkerställa att de framtida utvecklingsområdena för 2023 som framgår av kvalitetsberättelsen 2022 genomförs samt att det finns en tydlighet kring ansvar för genomförande och uppföljning.
- ▶ Tillse att medarbetare har tillräcklig kompetens kring avvikelshantering samt att analys av avvikelserna ligger till grund för nämndens förbättringsarbete.

## 2. Inledning

---

### 2.1. Bakgrund

Socialtjänstens insatser ska enligt Socialtjänstlagen vara av god kvalitet. Det innebär att insatser ska ges i enlighet med de mål och bestämmelser som lagen anger och på ett sådant sätt som tillgodoser den enskildes behov av stöd. Detta förutsätter personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Därtill krävs en lättillgänglig vård, den enskildes medinflytande och respekt för den enskildes personliga integritet.

En väl fungerande arbetsledning, genomtänkta arbetssätt, uppföljning och utvärdering av arbetssätt krävs för att uppnå god kvalitet i socialtjänsten. Det ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som antagits av Socialnämnden i kommunen innebär att det ska finnas en struktur för hur kvalitetsarbetet ska bedrivas på alla nivåer inom kommunen.

Därtill har socialnämnden sedan tidigare beslutat om en värdighetsgaranti som omfattar vad kunden (brukaren) har rätt att förvänta sig av vården och omsorgen i kommunen. Garantin är ett kvalitetslöfte från verksamheten och innehåller sammanlagt elva löften till brukaren om bland annat tillgänglighet, bemötande och kommunikation samt planerade aktiviteter.

Mot bakgrund av detta har de förtroendevalda revisorerna beslutat att granska socialnämndens arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens särskilda boenden.

### 2.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen har varit att bedöma om socialnämnden har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens särskilda boenden. I granskningen har följande revisionsfrågor besvarats:

- ▶ Har nämnden tillsett att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?
- ▶ Har nämnden tillsett att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda?
  - Finns det processer och rutiner för palliativ vård?
  - Hur säkerställs att personalen har tillräcklig med kompetens om processer och rutiner?
- ▶ Har nämnden tillsett att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete?
- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet?
- ▶ Gör nämnden tillräckligt för att säkra brukarnas delaktighet och inflytande?
  - Finns det upprättade genomförandeplaner?

- Finns det former för att tillvarata omsorgstagarnas och deras närståendes synpunkter på livsmiljön i förbättringsarbetet?

### 2.3. Genomförande och avgränsning

Granskningen har genomförts under perioden augusti till november 2023. Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentstudier samt en stickprovsgranskning av genomförandeplaner.

Vi har intervjuat förvaltningschef, avdelningschef vård och omsorg samt en verksamhetsutvecklare. Därtill har vi besökt tre särskilda boenden i kommunen där vi intervjuat enhetschefen samt genomfört en stickprovsgranskning av genomförandeplaner. Baserat på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL och LSS (SOSFS 2014:5) har vi granskat 24 genomförandeplaner på tre enheter. Se mer i avsnitt 5 och bilaga 2.

I dokumentstudien ingår bland annat ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet, kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse samt resultat av den senast genomförda brukarundersökningen.

Granskningen är avgränsad till socialnämnden och särskilda boenden i kommunal regi.

### 2.4. Revisionskriterier

Granskningens bedömningar utgår från följande revisionskriterier. Till varje avsnitt ges en kort sammanfattning, för att läsa mer ingående se bilaga 1.

- ▶ Kommunallagen (2017:725)
- ▶ Socialtjänstlagen (2001:453)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (2014:5)
- ▶ Kommunala mål och riktlinjer
- ▶ Handbok för socialtjänsten - handläggning och dokumentation

## 3. Kvalitetsarbete och rutiner

---

I detta avsnitt undersöker vi om det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd. Därtill svarar vi på frågan om det finns centrala processer och rutiner som är identifierade, dokumenterade och fastställda. För att svara på denna fråga undersöker vi specifikt processer och rutiner för palliativ vård samt hur det säkerställs att personalen har tillräcklig kompetens om processer och rutiner.

### Revisionskriterium

Enligt 3 kap. 3 § ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförandet av uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den som bedriver socialtjänst ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra kvalitet och det ska framgå vilka processer som kräver samverkan och hur detta ska ske.

### 3.1. Iakttagelser

#### *Organisation*

Socialförvaltningen är organiserad inom fyra huvudområden: vård och omsorg, funktionsstöd, individ- och familjeomsorg samt kvalitet och utveckling. Verksamhetsområdet vård och omsorg leds av en avdelningschef samt biträdande avdelningschef. Det finns åtta särskilda boenden i kommunal regi samt tre boenden i privat regi. Totalt för samtliga enheter inom vård och omsorg finns cirka 800 medarbetare och 25 enhetschefer.

Inom förvaltningen finns en ledningsgrupp där förvaltningschef, avdelningschefer, verksamhetsutvecklare samt strateger<sup>1</sup> ingår. Det finns två verksamhetsutvecklare som arbetar specifikt mot avdelningen vård och omsorg. De arbetar med bland annat med god och nära vård<sup>2</sup> och kvalitet vilket inkluderar kvalitetsledningssystem, avvikelser, brukarundersökningar och brukarinflytande, kvalitetsberättelse, verksamhetsuppföljning och riskanalyser.

---

<sup>1</sup> Hälsostateg, en kompetensstrateg och en kvalitetsstrateg.

<sup>2</sup> Syftar till den omställning som sker inom hälso- och sjukvården med syfte att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar.

### ***Kvalitetsledningssystem***

I maj 2023 antog socialnämnden ett nytt kvalitetsledningssystem. Ledningssystemet syftar till att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet innehåller de delar som föreskrivs i lag och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Målstyrningen i ledningssystemet är inspirerat av Lean<sup>3</sup>. Förvaltningens utvecklingsarbete utgår från en så kallad masterplan med fem spår: utveckling, processer, resultat, medarbetare och kunder. Förvaltningschefen har ansvar för att kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål i masterplanen. Respektive avdelningschef upprättar en A3-plan (verksamhetsplan) för sin avdelning. Syftet med avdelningens A3-plan är att redovisa vilka förbättringsområden som ska vara i fokus. Det är avdelningschefens ansvar att säkerställa att respektive enhet i sin tur upprättar en A3-plan.

### ***Enheternas egna A3-planer***

Enhetscheferna inom vård och omsorg ansvarar för att utifrån avdelningens A3-plan bryta ned målen till verksamhetsmål i enhetens A3-plan. I planen identifieras utmaningar, aktiviteter och lokala mål. Det framgår när aktiviteterna ska genomföras och vem som är ansvarig. Exempel på aktiviteter i de A3-planer vi har tagit del av är arbete med måltider, brukarråd, anhörigträffar, aktiviteter och genomförandeplan.

### ***Rutiner***

I kvalitetsledningssystemet framgår att respektive verksamhet ansvarar för att ta fram, implementera, utveckla och följa upp sina processer och tillhörande dokument så som rutiner, mallar, blanketter och checklistor. Vidare framgår det av ledningssystemet att gemensamma rutiner som berör mer än en avdelning finns på socialförvaltningens sida på kommunens intranät. Respektive avdelnings processer och rutiner finns i en mapp på intranätet kallat Processer och rutiner.

### ***Det finns rutiner för avvikelshantering***

Det finns två rutiner för avvikelshantering: en gällande avvikelse för socialtjänstlagen (SoL) samt lagen om stöd och service (LSS) och en rutin gällande avvikelser för hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Därtill finns en rutin för Lex Sarah-rapportering daterad 2018 samt en rutin för Lex Maria daterad 2013.

---

<sup>3</sup>Lean är en ledningsfilosofi som tillämpas inom olika branscher. Lean går ut på att skapa ett ökat kundvärde och ett effektivare resursutnyttjande och kan användas som metod för att vidareutveckla ett ledningssystem för kvalitet.

Rutinen för SoL och LSS gäller från april 2021. I rutinen framhålls att en avvikelse inte är ett misslyckande utan en händelse som behöver uppmärksammas för att leda till förbättring. Alla anställda inom förvaltningens verksamheter har rapporteringsskyldighet. Figuren nedan ger en förenklad bild av rutinen:



Figur 1 Process för avvikelshantering

Enhetschefen har ansvar för att återkoppla och informera berörd personalgrupp om avvikelsen samt vidtagna och/eller planerade åtgärder. Vid intervjuer framgår att detta görs direkt med personal om så krävs eller i samband med arbetsplatsträffar.

Enhetschefen ska inom tre arbetsdagar ta emot avvikelserapporten och inom tio arbetsdagar inleda en utredning av avvikelsen. Utredningen ska avslutas inom två månader och dokumenteras i Lifecare. Uppföljning av vidtagna eller planerade åtgärder ska ske inom tre månader från det att utredningen av avvikelsen är avslutad. Vid intervjuer framgår att enhetscheferna får en notifikation i Lifecare att en avvikelse är inkommen.

Det framgår av verksamhetsutvecklarnas årshjul att analys av avvikelser, lex Sarah och klagomål sker två gånger per år på förvaltningsnivå. Enligt uppgifter från förvaltningen ingår det i analysen att kontrollera att avvikelser avslutats inom den utsedda tidsramen. Vi har inte tagit del av något dokumenterat underlag på kontrollerna.

Det är verksamhetsutvecklarens ansvar att sammanställa och analysera avvikelserapporter som redovisas i kvalitetsberättelsen enligt rutinen. Verksamhetsutvecklaren ansvarar även för utredning av Lex Sarah rapporter.

Enligt rutinen för avvikelshantering inom förvaltningen är det avdelningschefen som ansvarar för att avvikelser årligen sammanställs och kommuniceras på ledningsgruppens möte. Vi har däremot inte kunnat ta del av en sådan sammanställning. Därtill ansvarar avdelningschefen för att nämnden får information om allvarliga avvikelser och Lex Sarah-utredningar.

#### *Det saknas i nuläget gemensam rutin för palliativ vård*

Under 2022-2023 granskade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) den medicinska vården på alla särskilda boenden för äldre i Sveriges kommuner. I



beslutet från april 2023 gällande Trelleborgs kommun konstaterade IVO att vård i livets slutskede inte sker enligt gällande regelverk vid kommunens särskilda boenden för äldre.

Enligt uppgifter från förvaltningen hänvisas medarbetare till Vårdhandbokens<sup>4</sup> information om vård i livets slutskede och dödsfall samt kommunens rutin för dödsfall. Genom de platsbesök som gjorts som en del av granskningen framkommer att enheterna tagit fram egna rutiner för vård i livets slutskede. Till våren 2024 ska en rutin för hur allmän palliativ vård bedrivs i kommunen tas fram.

Under hösten 2023 kommer Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) införas. NVP är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov och är framtaget av Palliativt Utvecklingscentrum i Lund. Som ett led i detta har alla sjuksköterskor i kommunen erhållit en introduktion i ämnet via ASiH (avancerad sjukvård i hemmet) samt en webutbildning via Betaniastiftelsen<sup>5</sup>. Ett pilotprojekt har startats på ett av kommunens särskilda boende där all baspersonal på enheten har fått utbildning i palliativ vård.

### ***Personalens kompetens om rutiner***

Enligt kvalitetsledningssystemet har såväl förvaltningschef, avdelningschef som enhetschef ett ansvar för att det finns de processer och rutiner som krävs. Medarbetaren ansvarar för att känna till och arbeta i enlighet med verksamhetens processer, riktlinjer och rutiner.

Det finns ett årshjul för samtliga chefer inom socialförvaltningen som visar chefens samlade ansvar för systematiskt arbetsmiljöarbete, regler och policys samt verksamhet. För varje månad finns ett antal aktiviteter inom varje ämnesområde som chefen ska genomföra, exempelvis vilka rutiner som ska uppmärksammas samt genomgång av avvikelshantering.

Vid intervjuer framgår att medarbetarna främst informeras om rutiner via arbetsplatsträffar (APT). De besökta enheterna uppmärksammar även rutiner i nyhetsbrev som skickas ut till samtliga anställda på enheten. Därtill har enheterna rutinpärmar på avdelningarna.

Samtliga besökta enheter anordnar teamträffar varannan vecka. På teamträffarna deltar enhetschef, teamledare, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, omvårdnadspersonal samt sjuksköterska. Syftet med teamträffar är att främja och stärka teamarbetet på enheten och se till att alla professioner och boenden arbetar

---

<sup>4</sup> Vårdhandboken innehåller kliniskt anpassad information som produceras i samverkan med författare och faktagranskare från hela landet. Allt fler regioner och kommuner tar beslut om att använda de nationella metoderna och riktlinjerna i Vårdhandboken.

<sup>5</sup> En idéburen stiftelse som erbjuder utbildning och fortbildning inom bland annat palliativ vård.

på ett likvärdigt sätt. Det är enhetschefen som har det övergripande ansvaret för teamträffar.

### **3.2. Bedömning**

Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete fastställer att det ska finnas ett ledningssystem. Granskningen visar att nämnden har fastställt ett ledningssystem som beskriver strukturerna för hur nämnden ska arbeta med att utveckla och säkra kvaliteten.

Vi bedömer att det till stora delar finns fastställda rutiner. Samtidigt noterar vi det som en brist att det saknas en gemensam rutin för palliativ vård. Vi har fått indikationer om att det har tagits fram rutiner på enhetsnivå men samtidigt visar IVO:s senaste granskning på att det uppmärksammats brister på området. Frånvaron av gemensam rutin leder dels till merarbete då respektive enhetschef måste upprätta egna rutiner, dels till ökade risker för att arbetet inte blir likvärdigt mellan kommunens särskilda boenden. Det är positivt att det har vidtagits åtgärder för att stärka kompetensen på området bland såväl sjuksköterskor som undersköterskor samt att det pågår arbete med att upprätta en gemensam rutin. Vidare konstaterar vi att rutinerna för lex Maria och lex Sarah inte har reviderats på över fem år och ser därmed en risk i att dessa inte är fullt ut förenliga med nuvarande verksamhet och arbetssätt.

Vi bedömer att det finns former för hur medarbetare ska informeras om processer och rutiner. Bedömningen görs mot bakgrund av att årshjulet som visar när frågorna ska uppmärksammas samt att medarbetare får information via arbetsplatsträffar, teamträffar, nyhetsbrev och rutinpärmor.

## 4. Förbättringsarbete och uppföljning

---

I detta avsnitt behandlar vi frågan om nämnden tillsett att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete genom att undersöka bland annat egenkontroller, avvikelser och intern kontroll. Därtill svarar vi på om nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet.

### Revisionskriterium

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Föreskrifterna anger också att ett systematiskt förbättringsarbete med riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser ska säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt. Kvalitetsarbetet ska dokumenteras och bör sammanställas i en årlig kvalitetsberättelse.

### 4.1. Iakttagelser

#### Målsättningar

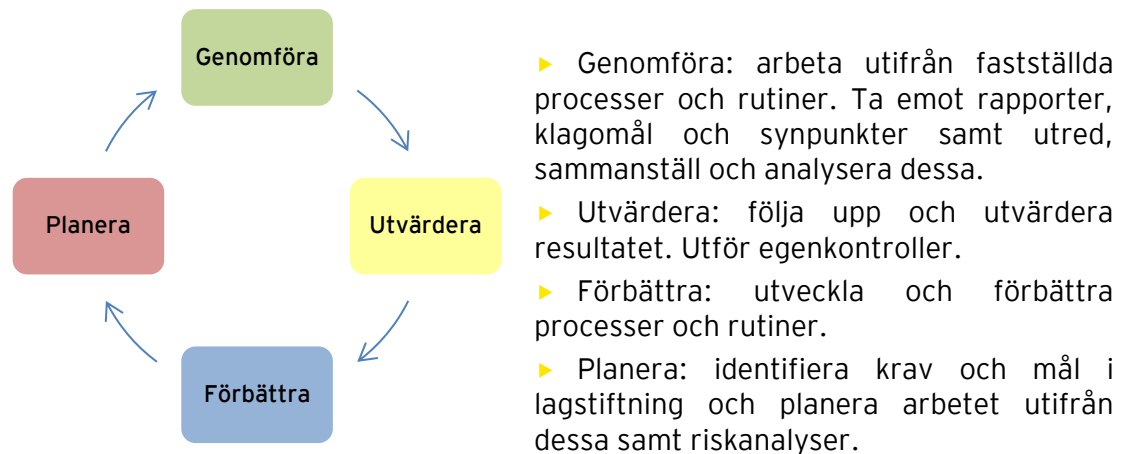
Under den politiska prioriteringen *Förtroende och inflytande* finns ett effektmål om att fler medarbetare ska ha rätt yrkeskompetens där ett av målen är att 70 procent ska vara utbildade med yrkestiteln undersköterska år 2023. Därtill finns ett effektmål om att den formella språknivån bland personalen ska bli bättre.

I delårsrapporten 2023 framgår att det pågått ett arbete med att inventera den formella utbildningen inom vård och omsorg under året. Efter denna kompetenskartläggning ska ett analysarbete påbörjas för att identifiera behov för både en kortsiktig och långsiktig plan för ett kompetenslyft.

Avseende målet om att förbättra språknivån bland medarbetare framgår att totalt 30 stycken språkombud ska utbildas under 2023 och 2024 för att introducera nya medarbetare som behöver olika typer av språkstöd. I nuläget finns språkombud på fem särskilda boenden samt korttidsenheten. Ombudens stöd kan handla om att stötta såväl individuellt som på gruppnivå med olika kommunikativa insatser. En inventering av språkkompetens ska göras för att därefter kunna ta fram en utvecklingsplan för ett språklyft på enhetsnivå. I detta arbete finns ett tätt samarbete med vuxenutbildningen i Trelleborg som kommer att ta fram ett förslag på utbildningsplan utifrån kartläggningen.

### Systematiskt förbättringsarbete

Som stöd för det systematiska förbättringsarbetet används det förbättringshjul som anges i SOSFS 2011:9 vilket redovisas nedan.



Figur 2 Förbättringshjulet enligt SOSFS 2011:9

### Egenkontroller och riskanalyser

Egenkontroll innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. I kommunens ledningssystem och patientsäkerhetsberättelse framgår att det är enhetschefen som ansvarar för att utöva egenkontroll. Som exempel ges genomgång av avvikelser på teamträffar samt arbetet utifrån verksamheternas A3-planer.

Riskanalyser innebär att verksamheten arbetar förebyggande med att identifiera och hantera risker inom verksamhetens samtliga delar. I kvalitetsledningssystemet anges att det är enhetschefen som har ansvar för att löpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brister i kvalitet. Metoden för hur verksamheten arbetar med riskanalyser är inte fastslagen i kvalitetsledningssystemet. Kvalitetsregistret Senior Alert utgör ett verktyg för att arbeta förebyggande med riskanalyser. Via Senior Alert gör team bestående av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och vårdpersonal löpande riskbedömningar av risk för undernäring, risk för fall, risk för trycksår och risk för ohälsa i munnen hos brukaren. Av patientsäkerhetsberättelsen 2022 framgår att samtliga verksamheter ska arbeta med att identifiera risker i verksamheten och att riskanalysen ska ligga till grund för ständiga förbättringar, intern kontroll samt egenkontroll.

I avsnitt 3 redogjorde vi för årshjulet 2023 för förvaltningens chefer som visar det samlade ansvaret för planering, utveckling uppföljning. I årshjulet finns punkten genomgång av avvikelshantering, synpunkter och klagomål och

rapporteringskyldighet enligt Lex Sarah och Lifecare med vid fem tillfällen under året.

Vi har tagit del av A3-planen för vård och omsorg samt enhetsspecifika A3-planerna för de tre enheter vi har besökt. I dessa A3-planer specificeras inga aktiviteter kopplade till egenkontroller eller riskanalyser utöver genomgång av avvikelshantering.

### **Avvikelser, klagomål och synpunkter**

Enligt den gemensamma rutinen för avvikelshantering ska samtliga avvikelserapporter sammanställas och analyseras minst en gång om året för att identifiera och uppmärksamma mönster och trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet. I figuren nedan redovisas den statistik som tas upp i kvalitetsberättelsen 2022 och patientsäkerhetsberättelsen 2022.

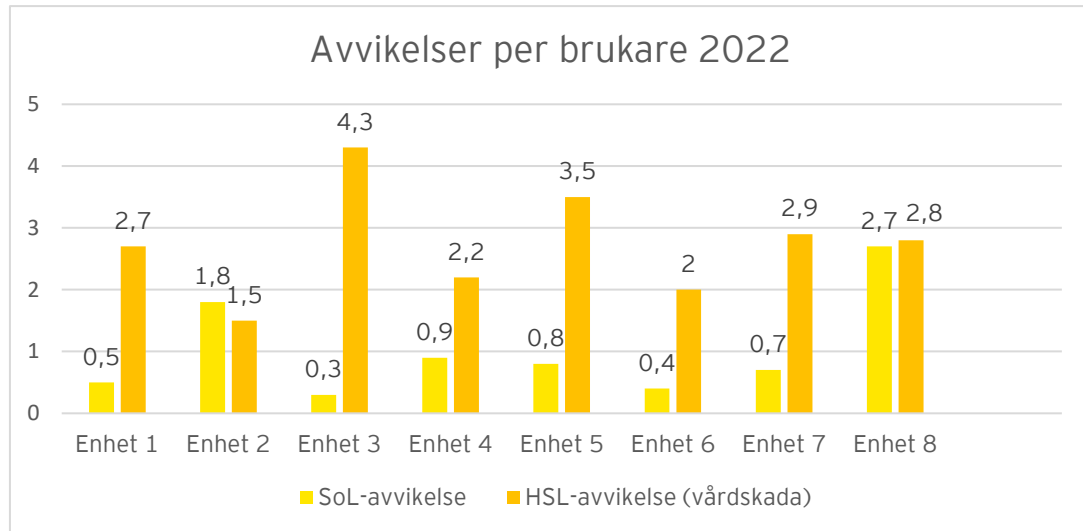
	2021	2022
Klagomål och synpunkter, vård och omsorg	54	80
Avvikelser SoL, vård och omsorg	552	724
Avvikelser SoL, särskilt boende	270	456
Avvikelser HSL	1881	2681
Lex Sarah, vård och omsorg	12	10

Tabell 1 Statistik från kvalitetsberättelse 2022 och patientsäkerhetsberättelse 2022

I kvalitetsberättelsen framgår vilka som var de vanligaste orsakerna till avvikelser samt klagomål och synpunkter. Orsakerna uppges vara rutiner och riktlinjer, utebliven insats (inklusive läkemedel), bemötande, omsorg samt omvårdnad och "annat". Det framgår inga antal inom respektive orsak. Enligt kvalitetsberättelsen var majoriteten av avvikelserna utredda och avslutade.

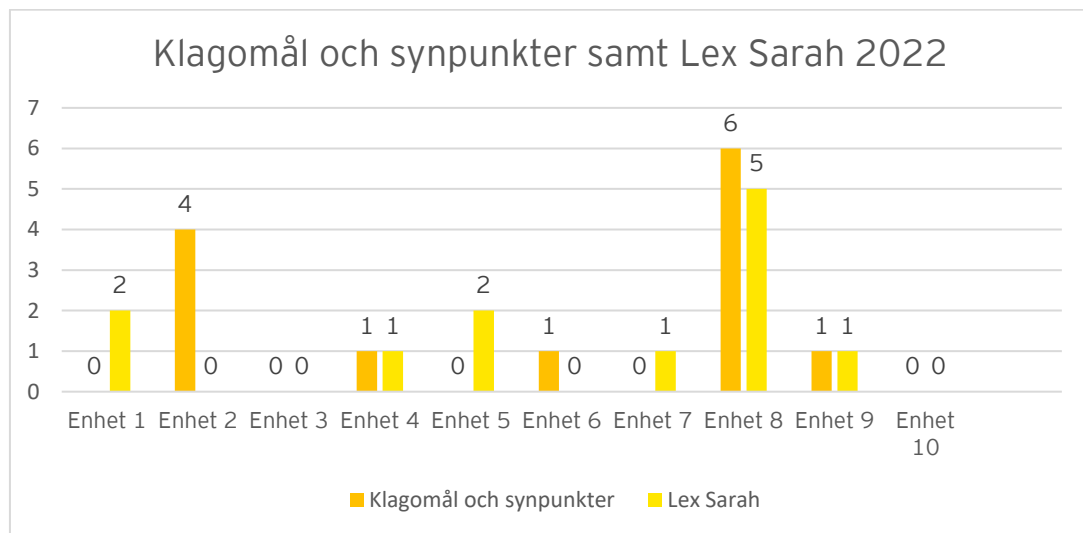
### *Variationer i avvikelser per brukare*

Vi har tagit del av statistik kring antal avvikelser per boende för 2022 samt antalet brukare per enhet. Vi har utifrån dessa siffror tagit fram tabellen nedan som redovisar antalet avvikelser per brukare per enhet vad gäller SoL-avvikelser och HSL-avvikelser. Korttidsenheten och växelvårdsenheten ingår inte i statistiken.



Figur 3 Avvikelser per brukare 2022, statistik inhämtad från förvaltning

Statistiken visar att gällande avvikelser som rapporteras inom SoL varierar antalet avvikelser mellan 0,3 och 2,7 avvikelser per brukare. Gällande HSL-avvikelser varierar antalet mellan 1,5 och 4,3 avvikelser per brukare. Vi har inte tagit del av några underlag som visar på analyser av skillnaderna mellan enheterna.



Figur 4 Klagomål och synpunkter samt Lex Sarah 2022, statistik inhämtad från förvaltning

Vid intervjuer framgår att införandet av verksamhetssystemet Lifecare påbörjades för cirka två år sedan och avslutades i april 2023. All verksamhetsstatistik, som exempelvis avvikelser registreras i systemet.

På grund av förseningar i införandet av kommunens nya statistikportal Power BI uppger förvaltningen att det finns svårigheter i att sammanställa och få ut verksamhetsstatistik. Arbetet med statistikportalen har återupptagits nyligen, sedan resurser kunnat tilldelas centralt för ändamålet. När det gäller statistik kring

avvikelser är systemet för detta, det vill säga Lifecare avvikelser, driftsatt och implementerat. Denna statistik kommer även fortsättningsvis att hämtas ur Lifecare avvikelser.

### **Intern kontroll**

Enligt kommunens reglemente för intern kontroll ska nämnderna varje år anta och följa upp den särskilda planen för intern kontroll. Nämnden har identifierat följande risker för 2022:

1. Dokumenthanteringsplanen är inaktuell
2. Läkemedelsstöd i ordinärt boende
3. Felaktigt nyttjande av bankkort
4. Basala hygienrutiner och klädregler inte följs
5. Tvärprocess saknas aktualitet

Uppföljningen för 2022 visar att för samtliga fem områden har åtgärder utförts i enlighet med beslutad kontrollplan och godkändes därmed.

Enligt uppföljningen avseende basala hygienrutiner har vårdpersonal som utför patientnära arbete observerats av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Legitimerad personal var utan anmärkning. För grupperna vårdbiträde och undersköterska framgår att det konstaterades betydande förbättringspotential. Som åtgärdsförslag framgår att MAS kommer att genomföra en ny observation under 2023 samt ta fram en rutin för att förebygga och förhindra smitta.

Socialnämndens interna kontrollplan för 2023 har tagits fram av en beredande arbetsgrupp bestående av förvaltningens verksamhetsutvecklare, medicinskt ansvarig sjuksköterska, kvalitetsstrateg samt nämndsekreterare. En bruttorisklista med 10 risker utvärderas och tre områden valdes ut till granskning:

1. Bristande kunskap om IBIC (individens behov i centrum)<sup>6</sup>
2. Avvikelsehantering ej följs enligt rutin
3. Att loggningsrutin ej följs

Bristande kunskap om IBIC beskrivs som att det nya arbetssättet inte är tillräckligt implementerat och inte genomsyrar arbetet från handläggning till utförande. IBIC-samordnaren är ansvarig för utbildning under 2023. Läs mer om IBIC i avsnitt 5.

Respektive verksamhetsutvecklare ansvarar för att mellan januari och juli 2023 aktualisera och implementera avvikelserutinen. Den interna kontrollplanen för 2023 har enligt uppgift följts upp muntligt vid flera tillfällen under året.

---

<sup>6</sup> Individens Behov i Centrum (IBIC) är ett arbetssätt som kan användas i socialtjänsten för att beskriva resurser, behov och mål för personer med behov av stöd i det dagliga livet.

### *Verksamhetsuppföljning*

I kvalitetsberättelsen för 2023 framgår bland annat hur många avvikelser som inkom inom vård och omsorg, vilka nya arbetsmetoder och utbildningssatsningar som gjorts under året samt genomförda förbättringar inom vård och omsorg. I slutet på kvalitetsberättelsen listas framtida utvecklingsområden inom vård och omsorg, exempelvis en kompetenskartläggning på samtliga enheter och utbildning av språkombud. Det framgår inte av kvalitetsberättelsen vem som är ansvarig för att genomföra aktiviteterna eller hur det ska följas upp. Det framgår inte av kvalitetsberättelsen på vilket sätt kompetens eller språk har identifierats som förbättringsområden eller som områden där brister förekommer.

Enligt kvalitetsledningssystemet genomförs verksamhetsuppföljningar inom förvaltningen som en del i det systematiska kvalitets- och utvecklingsarbetet. Ledningssystemet redogör för de olika funktionernas ansvar för verksamhetsuppföljning. Såväl nämnden som förvaltningschef, avdelningschef, enhetschef och verksamhetsutvecklare har ansvar för uppföljningen. Uppföljning av enheternas A3-planer sker mellan avdelningschef och enhetschef. Enheternas A3-planer utgör underlag för kommande års kvalitetsberättelse. Vi har inte tagit del av underlag som visar hur respektive enhet har arbetat med aktiviteterna i sina A3-planer. Vid sakgranskning framgår att det tidigare funnits ett system för uppföljning av enheternas A3-planer i verksamhetssystemet Stratsys. Detta har tagits bort på kommunövergripande nivå och inte ersatts med något annat systemstöd. Av denna anledning har förvaltningen inte kunnat dokumentera övergripande uppföljningar de senaste två åren.

### *Ett pågående pilotprojekt*

Under hösten 2022 genomfördes ett test av intern verksamhetsuppföljning inom ett särskilt boende och ett hemvårdsområde. Detta utvärderades och justerades under våren 2023. Under hösten 2023 kommer en intern verksamhetsuppföljning påbörjas med syfte att gå igenom samtliga särskilda boende och hemvårdsområden.

En enkät kommer att skickas ut till enhetschefer och teamledare (del av omsorgspersonalen). Verksamhetsutvecklaren kommer därefter att ha ett möte med enhetschef samt representanter för omsorgspersonal för en djupare diskussion utifrån vad som framgått i enkäten. Därtill kommer enhetens A3-plan, genomförandepplaner, social dokumentation och avvikelser att diskuteras.

Vid intervjuer framgår att tanken med uppföljningen är att det ska finnas en enhetlig struktur för uppföljning för såväl privat som kommunal verksamhet.

## **4.2. Bedömning**

Vi bedömer att det delvis bedrivs ett tillräckligt systematiskt förbättringsarbete och uppföljningen av verksamhetens kvalitet. Nämnden har vidtagit åtgärder för att stärka arbetet genom exempelvis pilotprojekt för verksamhetsuppföljning, men vi



bedömer att det fortfarande kvarstår arbete med att skapa en tydligare röd tråd mellan kvalitetsarbetets moment för att utvärdera och förbättra verksamheten.

Vi bedömer att det i kvalitetsberättelsen inte är tillräckligt tydligt vilka brister i verksamhetens kvalitet som har identifierats och hur dessa är kopplade till de nya arbetssätt och utvecklingsområden som föreslås. Vi ser det som en brist att det inte går att följa hur respektive enhet har arbetat med aktiviteterna i sina A3-planer.

I förbättringsarbetet bör det läggas vikt vid riskanalyser och egenkontroller. Av kvalitetsledningssystemet framgår att enhetschefer är ansvarig för riskanalyser men inte hur de ska genomföras eller aggregeras på verksamhetsnivå. Vi har inte tagit del av underlag som på förvaltningsövergripande nivå sammanställer riskanalyser eller resultatet av enhetschefernas egenkontroller.

Gällande avvikelser konstaterar vi att det finns betydande skillnader mellan enheterna. Det är vår uppfattning att dessa skillnader inte har identifierats eller analyserats. På förvaltningsövergripande nivå är det därmed inte tydligt på vilket sätt avvikelserna används för att upptäcka mönster och trender som kan indikera brister i verksamhetens kvalitet. Därtill noterar vi att antalet avvikelser per brukare förefaller vara lågt.

## 5. Delaktighet

---

I detta avsnitt svarar vi på frågan om nämnden gör tillräckligt för att säkra brukarnas delaktighet och inflytande. Vi redovisar resultatet av vårt stickprov av genomförandeplaner samt undersöker vilka former det finns för att tillvarata omsorgstagarnas och deras närståendes synpunkter på livsmiljö i förbättringsarbetet.

### Revisionskriterium

När någon behöver vårdas i ett hem för vård eller boende ska en plan upprättas för den vård som socialnämnden avser att anordna enligt socialtjänstlagen. Av 11 kap. 5 § framgår att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen skall utformas med respekt för den enskildes integritet.

### 5.1. Iakttagelser

#### *Värdighetsgaranti*

Socialnämnden har beslutat om en värdighetsgaranti som finns publicerad på kommunens hemsida och talar om vad man som kund (brukare) har rätt att förvänta sig av kommunens vård och omsorg. Värdighetsgarantin lovar bland annat att:

- ▶ Du får ett bemötande som är vänligt, lyssnande, lugnt och engagerande,
- ▶ Informera dig genom brev och muntligt om vilka hjälpinsatser du beviljats och vad dessa innebär,
- ▶ När du erbjuds en kontaktperson att vi tillsammans går igenom vad detta innebär,
- ▶ Din personliga genomförandeplan påbörjas inom 1 vecka och är färdig senast inom 4 veckor,
- ▶ Meddela dig om din hjälpinsats blir försenad, informera dig när det sker personalförändringar och följa upp din hjälpinsats och beslut minst var 6:e månad,
- ▶ Du som bor på särskilt boende erbjuds minst en planerad aktivitet om dagen, även på helger,
- ▶ Alla synpunkter och klagomål återkopplas till dig inom 10 dagar.

Det framgår att den enskilde kan få kompensation om hen upplever att kommunen inte uppfyllt det som har lovats. Kompensationen bedöms personligt och är en överenskommelse mellan den enskilda och kommunen som vårdgivare.

### ***Nämndens mål***

Två av nämndens effektmål för mandatperioden 2023-2026 är av vikt för brukarnas delaktighet och inflytande. Det första är att brukarnöjdheten inom vård och omsorg ska vara i toppklass, bland de 25 procent bästa kommunerna i Sverige. Det andra är att fler ska vara nöjda med sin matupplevelse inom särskilt boende, det ska öka från 77 till 85 procent.

I delårsrapporten 2023 rapporteras förvaltningens åtgärder av målen. Gällande brukarnöjdhet framgår att ett kontinuerligt arbete pågår där förbättringsåtgärder sker via enheternas A3-planer. En referensenheter kommer att lyftas fram som modell och under hösten 2023 görs en satsning på kommunikation internt och externt med brukarfokus.

Gällande matupplevelsen framgår att en brukarenkät genomförs mellan den 24 augusti och 12 september 2023 där 279 matgäster på särskilt boende, korttidsvård och växelvård svarade. På frågan "*Hur brukar maten smaka*" svarade 71 procent mycket bra eller ganska bra. På frågan "*Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen*" svarade 74,9 procent alltid eller oftast. Därtill pågår ett arbete med att uppdatera kost- och nutritionsriktlinjer för äldreomsorgen.

I avdelningen vård och omsorgs A3- plan finns aktiviteter kopplade till måltider, så som att ta fram gemensamma riktlinjer för måltidssituationen, att göra matsvinnsmätningar och att periodvis mäta samtliga måltider via Måltidsapp. I enheternas A3-planer finns också aktiviteter kopplade till måltider, så som att starta måltidsråd där hyresgäster deltar.

### ***Genomförandeplaner och IBIC***

Syftet med en genomförandeplan är att skapa en tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Genomförandeplanen tydliggör för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur.

I nämndens riskanalys inför intern kontroll 2023 identifierades minskat brukarinflytande som en risk vilket beskrevs som otydliga målformuleringar i genomförandeplaner. Riskbedömningen bedömdes vara medel (stabil - medel - högrisk) och inkluderades därför inte i intern kontroll för 2023.

### ***Det finns en rutin för ny hyresgäst till särskilt boende***

Det finns en förvaltningsövergripande rutin vid beslut om ny hyresgäst som inkluderar en rutin gällande de två första veckorna. Vi noterar att rutinen är daterad till 2019 och att instruktioner gällande verksamhetssystemet inte längre är aktuella eftersom det finns ett nytt verksamhetssystem. Av rutinen framgår att en kontaktperson utses och att personalen som tar emot den nya hyresgästen ansvarar för att informera om vem kontaktpersonen är. Vid intervjuer framgår att det är av vikt att de boende får veta att de kan byta kontaktperson om de önskar.

Det finns en förvaltningsövergripande checklista för informationssamtal som är reviderad i april 2023. Av den framgår att informationssamtalet erbjuds till hyresgästen samt närstående 1-2 veckor efter inflyttning. Samtalet leds av kontaktpersonen. Därtill medverkar sjuksköterska och enhetschef.

På informationssamtalet ska kontaktpersonen ge information om genomförandeplan. Enhetschefen ska informera om var och hur en hyresgäst eller närstående kan vända sig om de har ett klagomål eller synpunkt de vill ta upp.

#### *Individens Behov i Centrum (IBIC)*

IBIC är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt framtaget av Socialstyrelsen för verksamheter som arbetar med vuxna personer utifrån SoL och LSS. IBIC utgår ifrån individens behov, resurser, mål och resultat inom olika livsområden i det dagliga livet.

Under 2022 har verksamhetssystemet Lifecare och IBIC implementerats i alla verksamheter vilket fortsatt under 2023. Att ta fram och utveckla en struktur över hur genomförandeplaner ska hanteras enligt IBIC identifierades som ett framtida utvecklingsområde för 2023 i kvalitetsberättelsen 2022. Vid införandet av Lifecare och IBIC har alla verksamheter inom förvaltningen tilldelat någon i personalgruppen en roll som Superuser. Funktionen ska vara ett stöd och kunna handleda kollegor i att arbeta på rätt sätt i verksamhetssystemet så att rutiner och riktlinjer följs.

Bristande kunskap om IBIC är ett av nämndens prioriterade risker för intern kontroll 2023 (läs mer i avsnitt 4).

#### **Resultat av stickprovsresultat**

Vår stickprovsgranskning visar att det är tre frågor som skiljer enheterna åt. Resultatet av dessa är sammanställt i tabellen nedan. Resultatet av stickprovsgranskningen i sin helhet finns i bilaga 2.

Kommentarer till delaktighet betyder att det framgår av genomförandeplanen varför brukaren inte har deltagit eller på vilket sätt brukaren har deltagit.

Fråga	Enhet	Ja	Nej	Kommentar till delaktighet
Har den enskilda deltagit i planering?	Enhet A	2	6	Kognitiv svikt (3) Ej delaktig men medveten (2)
	Enhet B	1	7	Ville ej medverka (1) Försämrat hälsotillstånd (2)
	Enhet C	8	0	Personal har pratat med brukaren om vad

			brukaren önskar ha hjälp med (3)
			Personal har läst planen för brukaren (1)
Det framgår vilka andra personer har deltagit vid upprättandet?	Enhet A	5	3
	Enhet B	4	4
	Enhet C	3	5
Framgår det vem som är kontaktperson och närstående?	Enhet A	4	4
	Enhet B	7	1
	Enhet C	8	0

Tabell 2 Urval av frågor från stickprovet

### *Delaktighet en del av vård och omsorgs A3-plan*

Stickprovsgranskningen visar att den enskilde varit delaktig i upprättandet i 11 av 24 genomförandeplaner. I de 13 fall där den enskilde inte har varit delaktig finns det i 8 fall en kommentar till varför.

Vidare visar stickprovsgranskningen att det i 12 av 24 fall framgår vem som deltagit i upprättandet vid genomförandeplanen. Det innebär att i hälften av planerna framgår inte vilka som har deltagit.

Till sist framgår i 19 av 24 genomförandeplaner kontaktuppgifter till kontaktperson och/eller annan personal och/eller närstående. I fem fall saknas kontaktuppgifter för både kontaktperson, annan personal och närstående.

Att alla hyresgäster eller dess företrädare ska delta i upprättandet samt vid uppföljning av genomförandeplanen är en del av avdelningen vård och omsorgs A3-plan. Vi kan däremot inte se att det i något fall framgår vem som deltagit vid uppföljning.

Vidare framgår det i enheternas A3-planer att det finns aktiviteter kopplat till att utbilda kontaktpersoner i upprättandet av genomförandeplan. En av enheterna har lagt in i sin A3-plan att anhöriga ska bjudas in till uppföljningen.

Vid våra platsbesök resonerade samtliga enhetschefer om vad begreppet delaktighet innebär och att detta är något enheterna behöver diskutera vidare.

### *Innehållet i genomförandeplanerna varierar*

Som en del av stickprovsgranskningen har vi också läst genomförandeplanerna och innehållet kopplat till de insatser som beskrivs i planen. Vi ser att det finns skillnader både inom och mellan enheterna i hur utförliga beskrivningar som återges. Ett exempel på detta är insatser vid förflyttningar. I en genomförandeplan formuleras detta med målet att brukaren ska känna sig trygg vid förflyttningar. Detta ska göras

genom att personalen ska hjälpa brukaren att sätta sig vid matbordet genom att ta ut stolen så att brukaren lättare kan sätta sig. I en annan genomförandeplan är målformuleringen att brukaren ska förflytta sig självständigt från liggande situation till sittande. Detta ska göras genom att gå självständigt.

Vid intervjuer med såväl tjänstepersoner inom förvaltningen som enhetschefer framgår en samlad bild av att arbetet med genomförandeplaner och social dokumentation är ett utvecklingsområde för verksamheten. Samtliga enhetschefer delger en bild av att det är ett område man arbetar med.

I en av enheterna ser vi att samtliga genomförandeplaner som vi läste igenom var välformulerade och innehöll tydliga beskrivningar om brukarens önsknings och instruktion om tillvägagångssätt för varje insats. Inom denna enhet gör enhetschefen stickprov en gång i månaden och läser igenom utvalda planer. Därtill finns två superusers som har avsatt tid till att granska innehållet i genomförandeplanerna. De har möte med enhetschefen två gånger i månaden då de uppdaterar enhetschefen om vad de ser i sina granskningar.

#### *Det finns begränsningar i systemet*

På genomförandeplanens första sida framgår vilket datum genomförandeplanen är upprättad. Detta betyder i praktiken det senaste datumet för när planen i sin helhet uppdaterades. Det framgår inte av systemet om det har gjorts ändringar kring en enskild insats, exempelvis måltider. Vid intervjuer framgår att detta är en begränsning i systemet.

#### **Delaktighet och inflytande**

##### *Brukarundersökning 2023*

I kvalitetsberättelsen framgår att brukarundersökningen 2022 visade att brukare var mer nöjda med sina hjälpinsatser än 2020, att de var nöjda med personalens bemötande och kände sig trygga. Det identifierade förbättringsområdet var att arbeta med måltidsupplevelsen och smaken på maten.

Vi har tagit del av resultatet från brukarundersökningen från 2023. Vi kan se att en större andel tycker att maten smakar mycket bra eller ganska bra jämfört med 2022. Däremot ligger man fortfarande under snittet i Skåne och riket.

Andelen som är nöjda med aktiviteterna som erbjuds har sjunkit från 63 till 55 procent från 2020 till 2023. Även andelen som vet var man ska vända sig för att framföra synpunkter eller klagomål har sjunkit från 57 till 46 procent.

Resultatet kring personalens bemötande, hänsyn till brukarens önskemål och trygghet är fortsatt högt och har ökat jämfört med 2020. Sammantaget är 82 procent nöjda med sitt äldreboende vilket är högre än snittet i Skåne och riket.

### *Brukarråd och närstående*

Vi har besökt enheter med både somatiska avdelningar och avdelningar för demens. Vid intervjuer framgår att de arbetar på olika sätt med brukarråd. En enhet har brukarråd fyra gånger per år där representanter från olika avdelningar träffas och pratar om trivsel, aktiviteter och framför allt mat. På en annan enhet har man brukarråd en gång per år för den somatiska avdelningen. För hyresgästerna på demensavdelningen arbetar personalen med att fånga upp hyresgästernas åsikter i det dagliga arbetet.

Lika så finns variationer kring anhörigträffar. En enhet har en aktivitet i sin A3-plan om att utveckla kontakten med närstående och goda män. Enheten har på grund av begränsningar i lokaler svårt att bjuda in anhöriga till anhörigträffar. En annan enhet har i sin A3-plan en aktivitet om att bjuda in till anhörigträffar i april och oktober. Vid platsbesöket på denna enhet framgick även att enheten har haft till exempelvis julbord för de anhöriga och hyresgästerna. Den tredje enheten har inte anordnat några anhörigträffar sedan corona men har som mål att bjuda in till en anhörigträff under hösten. Anhöriga har utöver anhörigträffar möjlighet att lämna synpunkter via kommunens e-tjänst för synpunkter och klagomål.

På enheterna vi besökt finns anhörigombud. Deras uppdrag är att bidra till att utveckla och bibehålla anhörigperspektivet samt att uppmärksamma de anhörigas situation.

### *Aktiviteter*

Enligt kommunens värdighetsgaranti ska de särskilda boendena erbjuda minst en planerad aktivitet om dagen, även på helger. I det underlag vi har tagit del av från två av de enheter vi har besökt ser vi att det finns planerade aktiviteter måndag till fredag. Därutöver finns det ytterligare aktiviteter under månaden. Däremot ser vi inte att det finns planerade aktiviteter för varje lördag och söndag<sup>7</sup>.

Vid intervjuer framgår att samtliga enheter tycker att det är viktigt med aktiviteter och försöker tillhandahålla dagliga aktiviteter för de boende. Bland planerade aktiviteter finns exempelvis spel, allsångskör, gymnastik och fotvård/nagelvård. Bland löpande aktiviteter finns gudstjänster, kräftskiva, oktoberfest samt evenemang kopplade till kommunens kulturgaranti<sup>8</sup>.

Enheterna försöker också lyssna in såväl anhöriga som de boende kring vad de önskar för aktiviteter. Enheterna har utsedda aktivitetsombud som innebär att en i personalen har ett särskilt ansvar för aktiviteter.

---

<sup>7</sup> Utöver de planerade aktiviteterna kan det även genomföras enskilda aktiviteter riktade till respektive individ, exempelvis promenad eller social tid med kontaktperson.

<sup>8</sup> Kommunfullmäktige beslutade år 2018 att avsätta medel för att införa en Kulturgaranti inom äldreomsorgen. För 2023 finns nio olika evenemang där musiker besöker de särskilda boendena. Programmet i sin helhet finns tillgängligt på kommunens hemsida.

En av enheterna har en inlagd aktivitet i sin A3-plan om att förbättra utbudet av aktiviteter.

## 5.2. Bedömning

Vi bedömer att det finns former för att tillvarata omsorgstagarnas och deras närståendes synpunkter på livsmiljön i förbättringsarbetet. Bedömningen görs mot bakgrund av att det genomförs regelbundna brukarundersökningar samt att det anordnas anhörigträffar. Däremot noterar vi att det finns i variation mellan enheterna när det kommer till vilken frekvens som anhörigträffar anordnas. Vi bedömer därmed att nämnden bör följa att det säkerställs att samtliga särskilda boenden har former för att inhämta synpunkter från anhöriga.

Genomförd stickprovsgranskning visar att det finns upprättade genomförandeplaner i samtliga granskade fall. Vi konstaterar att det finns skillnader i utformningen av genomförandeplanerna i språk, omfattning och formuleringar. Vi ser positivt på att förvaltningen och verksamheterna har identifierat att detta är ett förbättringsområde och inlett satsningar på språkombud.

Resultatet av vår stickprovsgranskning visar att mindre än hälften av brukarna har varit delaktiga i upprättandet av sin genomförandeplan. Vidare visar granskningen att det finns variationer mellan enheterna i om kontaktuppgifter till anhöriga framgår av genomförandeplanen.

Granskningen indikerar att nämnden inte lever upp till målet i sin värdighetsgaranti om en planerad aktivitet om dagen. Brukarundersökningen visar därtill att andelen som är nöjda med aktiviteterna har sjunkit.



## 6. Slutsats

Vår sammanfattande bedömning är att nämnden delvis har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens särskilda boenden.

Granskningen visar att nämnden har fastställt ett ledningssystem som beskriver strukturerna för hur nämnden ska arbeta med att utveckla och säkra kvaliteten och vi bedömer att det till stora delar finns fastställda rutiner. Samtidigt noterar vi det som en brist att det saknas en gemensam rutin för palliativ vård. Särskilt mot bakgrund av IVO:s senaste granskning som uppmärksammade brister på området. Det är positivt att det har vidtagits åtgärder för att stärka kompetensen på området bland såväl sjuksköterskor som undersköterskor samt att det pågår arbete med att upprätta en gemensam rutin.

Vi bedömer att det delvis bedrivs ett tillräckligt systematiskt förbättringsarbete och uppföljningen av verksamhetens kvalitet. Vi ser positivt på att nämnden identifierar behov av förbättringsåtgärder inom flera olika processer och att dessa framgår av kvalitetsberättelsen. Däremot bedömer vi att nämnden kan utveckla arbetet med att säkerställa att identifierade behov av åtgärder genomförs och följs upp för att säkerställa att vidtagna åtgärder är tillräckliga och ger avsett resultat.

Vi ser det som en brist att det inte går att följa hur respektive enhet har arbetat med aktiviteterna i sina A3-planer. Det är därför positivt att det pågår ett pilotprojekt med att utforma en ny typ av verksamhetsuppföljning. Uppföljningen fyller en central del i att säkerställa en likvärdig omsorg mellan kommunens särskilda boenden.

Vi bedömer att det finns former för att tillvarata omsorgstagarnas och deras närståendes synpunkter på livsmiljön i förbättringsarbetet. Genomförd stickprovsgranskning visar att det finns upprättade genomförandeplaner i samtliga granskade fall. Samtidigt visar stickprovsgranskningen att mindre än hälften av brukarna har varit delaktiga i upprättandet av sin genomförandeplan.

Revisionsfråga	Svar
Har nämnden tillsett att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?	Ja.
Har nämnden tillsett att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda?	Till stor del. Vi noterar dock att det saknas en gemensam rutin för palliativ vård.

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Finns det processer och rutiner för palliativ vård?</li> <li>○ Hur säkerställs att personalen har tillräcklig kompetens om processer och rutiner?</li> </ul>	
<p><b>Har nämnden tillsett att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete?</b></p>	<p>Delvis. Vi ser positivt på att det finns identifierade förbättringsområden. Däremot bedömer vi att det inte är tydligt hur dessa ska genomföras och följas upp.</p>
<p><b>Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet?</b></p>	<p>Delvis. Verksamheten följs upp genom kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse och verksamhetsberättelse men vi ser det som en brist att det inte finns något underlag som visar på hur enheternas arbete med A3-planerna fortlöpt under året.</p>
<p><b>Gör nämnden tillräckligt för att säkra brukarnas delaktighet och inflytande?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Finns det upprättade genomförandeplaner?</li> <li>○ Finns det former för att tillvarata omsorgstagarnas och deras närståendes synpunkter på livsmiljön i förbättringsarbetet?</li> </ul>	<p>Delvis. Det finns forum för brukare och anhöriga att lämna synpunkter. Däremot noterar vi att genomförd stickprovsgranskning visar på brister avseende i vilken utsträckning som brukarna varit delaktiga i att upprätta genomförandeplanen. Den enskilde har varit delaktig i upprättandet i endast 11 av 24 granskade genomförandeplaner.</p>

Utifrån granskningens resultat rekommenderas nämnden att:

- ▶ Säkerställa att det påbörjade förbättringsarbetet avseende palliativ vård fortlöper.
- ▶ Säkerställa att den enskilde är delaktig vid upprättande av genomförandeplanen.
- ▶ Säkerställa att de framtida utvecklingsområdena för 2023 som framgår av kvalitetsberättelsen 2022 genomförs samt att det finns en tydlighet kring ansvar för genomförande och uppföljning.
- ▶ Tillse att medarbetare har tillräcklig kompetens kring avvikelshantering samt att analys av avvikelserna ligger till grund för nämndens förbättringsarbete.

Anna Färdig

Charlotte Ahlström

EY

E

25

## 7. Källförteckning

---

### Intervjuade funktioner

- ▶ Förvaltningschef
- ▶ Avdelningschef vård och omsorg
- ▶ Verksamhetsutvecklare
- ▶ Tre enhetschefer för särskilda boende

### Analyserade dokument

- ▶ Verksamhetsplan 2023 socialnämnden
- ▶ Kvalitetsledningssystem för socialnämnden Trelleborgs kommun
- ▶ Kvalitetsberättelse socialförvaltningen 2022
- ▶ Årshjul för systematiskt arbetsmiljöarbete Trelleborgs kommun
- ▶ Årshjul 2023 för Socialförvaltningens chefer
- ▶ Rutin för teamträff
- ▶ Rutin för avvikelshantering inom socialförvaltningen gällande SoL och LSS
- ▶ Uppföljning intern kontroll 2022 - socialnämnden
- ▶ Internkontrollplan 2023 - socialnämnden
- ▶ Socialnämnden protokoll 2023-02-09 SN2023/25
- ▶ Socialnämndens Vårdighetsgaranti, <https://www.trelleborg.se/omsorg-och-hjalp/aldre/vardighetsgaranti/>
- ▶ Socialnämndens delårsrapport 2, 2023
- ▶ Tjänsteskrivelse SN 2020/210, Sveriges bästa matupplevelse inom Vård och Omsorg - Lägesrapport
- ▶ A3 Verksamhetsplan 2023 för Smygehem Öst
- ▶ A3 Verksamhetsplan 2023 för Hälsohuset särskilt boende
- ▶ A3 Verksamhetsplan 2023 för Silverängen
- ▶ Veckans aktiviteter, v. 40 Hälsohuset
- ▶ Aktiviteter Smygehem augusti-december 2023
- ▶ Rutin då beslut om ny hyresgäst inkommer, vård och omsorg, särskilt boende inklusive rutin dag 1-14 säbo
- ▶ Checklista informationssamtal
- ▶ Pilotprojekt verksamhetsuppföljningar Vård och Omsorg
- ▶ Uppdragsbeskrivning anhörigombud
- ▶ Årshjul verksamhetsutvecklare
- ▶ Brukarundersökning 2023 särskilt boende

## Bilaga 1. Revisionskriterium

---

### *Kommunallagen (2017:725)*

Det är enligt 6 kap. 1 § styrelsens uppgift att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnder. Kommunstyrelsen ska, enligt 6 kap. 2 §, uppmärksamt följa de frågor som kan inverka på kommunens utveckling och ekonomiska ställning.

Kommunallagens 6 kap 6 § anger att nämnderna inom sitt ansvarsområde ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med Kommunfullmäktiges mål och riktlinjer, samt i enlighet med lagar och författningar som gäller för verksamheten.

### *Socialnämndens reglemente*

Kommunfullmäktige beslutade om reglemente för socialnämnden den 20 mars 2023. Enligt reglementet ska socialnämnden ansvara för och fullgöra kommunens uppgifter avseende vård och omsorg samt kommunal hälso- och sjukvård. Det är nämndens ansvar att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Därtill ska nämnden följa och driva utvecklingen samt vidta de åtgärder och göra de framställningar som nämndens ansvar påkallar.

### *Socialtjänstlag (2001:453)*

Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet enligt 1 kap. 1 §. Av 5 kap. 4-6 §§ framgår särskilda bestämmelser för äldre människor. Socialtjänstens omsorg ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). I detta ska socialnämnden verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållande med en aktiv och meningsfull tillvaro. Nämnden ska verka för goda bostäder samt stöd och hjälp i hemmet. Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp ska ges. Slutligen ska nämnden göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena för äldre människor i kommunen.

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

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem som är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vidare ska det användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

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 rutinerna 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.

I det systematiska förbättringsarbetet är förebyggande åtgärder så som riskanalyser, egenkontroller och utredning och analys av inkomna klagomål och synpunkter av vikt.

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.

### ***Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (2014:5)***

En genomförandeplan är en vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats ska genomföras för en enskild brukare. Enligt 6 kap. 2 § ska det framgå av dokumentationen vid vilken tidpunkt utföraren börjar ge den enskilde stöd och service eller tar emot den enskilde för vård eller behandling. Hur en beslutad insats ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan som upprättas hos utföraren med hänsyn tagen till den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Om uppdraget gäller vård i ett hem för vård, boende eller stödboende bör genomförandeplanen upprättas med utgångspunkt från nämndens vårdplan.

Av genomförandeplanen bör det bland annat framgå:

- ▶ Vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut,
- ▶ Om insatsen innehåller en eller flera aktiviteter hos utföraren,

- ▶ Vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet,
- ▶ Vem hos utförare som ansvarar för genomförandet av varje aktivitet,
- ▶ När och hur olika aktiviteter ska genomföras,
- ▶ Hur utföraren ska samverka med nämnden, andra utförare eller andra huvudmän,
- ▶ När och hur insatsen som helhet eller olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp,
- ▶ Om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till hans eller hennes synpunkter och önskemål,
- ▶ Vilka andra personer som har deltagit i arbetet med att upprätta genomförandeplanen,
- ▶ När planen har fastställts, och
- ▶ När och hur planen ska följas upp.

Därtill bör genomförandeplanen tillföras den enskildes personakt så snart planen är upprättad samt revideras vid behov.

## Bilaga 2. Stickprovsresultat

### Särskilt boende, enhet A

Framgår...	Ja	Nej	Ej aktuellt
1. vilka mål som gäller för insatsen	8		
2. vem som har ansvar för genomförandet av varje aktivitet	8		
3. när och hur olika aktiviteter ska genomföras	8		
4. hur utföraren ska samverka med andra aktörer			8
5. när och hur de olika aktiviteterna ska följas upp		8	
6. har den enskilda deltagit i planering och vilken hänsyn har tagits till hens synpunkter och önskemål	2	6	
7. vilka andra personer som deltagit i upprättandet av planen	5	3	
8. när planen fastställts (senast uppdaterats)	8		
9. när och hur planen ska följas upp	8		
10. framgår kontaktpersoner och närstående	4	4	

*Särskilt boende, enhet B*

Framgår...	Ja	Nej	Ej aktuellt
1. vilka mål som gäller för insatsen	8		
2. vem som har ansvar för genomförandet av varje aktivitet	8		
3. när och hur olika aktiviteter ska genomföras	8		
4. hur utföraren ska samverka med andra aktörer			8
5. när och hur de olika aktiviteterna ska följas upp		8	
6. har den enskilda deltagit i planering och vilken hänsyn har tagits till hens synpunkter och önskemål	1	7	
7. vilka andra personer som deltagit i upprättandet av planen	4	4	
8. när planen fastställts (senast uppdaterats)	8		
9. när och hur planen ska följas upp	8		
10. framgår kontaktpersoner och närstående	7	1	



*Särskilt boende, enhet C*

Framgår...	Ja	Nej	Ej aktuellt
1. vilka mål som gäller för insatsen	8		
2. vem som har ansvar för genomförandet av varje aktivitet	8		
3. när och hur olika aktiviteter ska genomföras	8		
4. hur utföraren ska samverka med andra aktörer			8
5. när och hur de olika aktiviteterna ska följas upp		8	
6. har den enskilda deltagit i planering och vilken hänsyn har tagits till hens synpunkter och önskemål	8	0	
7. vilka andra personer som deltagit i upprättandet av planen	3	5	
8. när planen fastställts (senast uppdaterats)	8		
9. när och hur planen ska följas upp	8		
10. framgår kontaktpersoner och närstående	8	0	