

Granskning av systematiskt kvalitetsarbete inom särskilt boende

Laholms kommun



Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor	3
2.3. Genomförande och avgränsning	3
2.4. Revisionskriterier	4
3. Kvalitetsarbete och rutiner	5
3.1. Iakttagelser	5
3.2. Bedömning	9
4. Förbättringsarbete och uppföljning	11
4.1. Iakttagelser	11
4.2. Bedömning	18
5. Slutsats	20
6. Källförteckning	22
7. Revisionskriterium	25
7.1. Kommunallagen (2017:725)	25
7.2. Socialtjänstlagen (2001:453)	25
7.3. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	25
7.4. Socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah	25
7.5. Nämndens reglemente	25

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Laholms kommun granskat socialnämndens arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens särskilda boenden. Granskningen har genomförts genom intervjuer med nyckelfunktioner, analys av dokumentation och en enkät som skickats ut till enhetschefer och medarbetare.

Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden inte fullt ut säkerställt ett arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens särskilda boenden. Bedömningen grundas på att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete inte är förankrat i verksamheten. Därtill är många rutiner och processer inte uppdaterade i närtid och intervjuade och svarande på enkäten uppger att det finns brister i efterlevnaden. Vi ser därför positivt på att det pågår arbete med att genomföra en översyn av ledningssystemet och uppdatera rutiner och processer. Enkätresultatet visar att medarbetare inte känner sig delaktiga i utvecklingsarbetet. Medarbetare mottar förändrade rutiner och processer på mail och det sker sällan förankring på arbetsplatsträffar. Vi menar att medarbetares delaktighet i förbättringsarbetet är av vikt för att lyckas med implementering av såväl ledningssystemet som de rutiner som följer av ledningssystemet.

Vad gäller uppföljningen av verksamhetens kvalitet så visar granskningen att det saknas en kvalitetsberättelse och nämnden har inte säkerställt en tillräcklig uppföljning av kvaliteten i övrigt. Vad gäller förbättringsarbetet så är vår bedömning att nämnden delvis tillsett att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. Det upprättas aktiviteter och åtgärder för att förbättra arbetet utifrån de kontroller av verksamheten som genomförs. Dock bedömer vi att det bör ske egenkontroller utifrån riskanalyser och att det bör ske fler egenkontroller enligt socialtjänstlagen i syfte att säkerställa ett tillräckligt förbättringsarbete. Vid granskningens tidpunkt sker nämligen de flesta kontroller utifrån hälso- och sjukvårdslagen. Därtill noterar vi att det i handlingsplan utifrån tillsyn på ett särskilt boende saknas tidplan, ansvarig och statusuppdatering för åtgärder. I enstaka fall saknas även information om vidtagna åtgärder vid avvikelser.

Vi rekommenderar socialnämnden att:

- ▶ Tillse att processer och rutiner efterlevs i verksamheten.
- ▶ Se över så att nyckeltal och indikatorer som följs upp är kvalitetsdrivande.
- ▶ Säkerställa att aktiviteter och åtgärder som ska vidtas för att förbättra verksamheten är tidsatta, har en ansvarig och följs upp.
- ▶ Säkerställa en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet. En del i att säkerställa insatser av god kvalitet är att systematiskt följa upp de insatser som ges på såväl individ- som gruppnivå. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska användas för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Att resurser används och fördelas på bästa vis är en förutsättning för att kunna bedriva så god service som möjligt för kommunmedborgarna. Detta fordrar en organisation i utveckling med tydligt fokus på ständiga förbättringar där förebyggande arbete, uppföljning och utvärdering är viktigt.

Mot bakgrund av detta har de förtroendevalda revisorerna i Laholms kommun beslutat att granska socialnämndens arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens särskilda boende inom verksamhetsområdet senior.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte har varit att bedöma om socialnämnden har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens särskilda boenden inom verksamhetsområdet senior.

I granskningen ska följande revisionsfrågor besvaras:

- ▶ 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?
- ▶ Har nämnden tillsett att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete?
- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet?

2.3. Genomförande och avgränsning

Granskningen har genomförts under perioden januari-mars 2023. Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med förvaltningschef, verksamhetschef för området senior samt kvalitetsutvecklare och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Utöver det har det skickats ut en enkät till samtliga enhetschefer och medarbetare inom särskilt boende. Enkäten skickades ut den 4 januari och var öppen för att besvaras fram till den 27 januari. Under perioden skickades sju påminnelser om att besvara enkäten. Enkäten skickades ut till åtta enhetschefer varav fem besvarade

enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 63 procent. Enkäten till enhetschefer bestod av 14 frågor vilka omfattade frågor om ledningssystemet, medarbetarnas kännedom om ledningssystem och arbete i enlighet med processer och rutiner, förbättringsarbetet och medarbetares delaktighet i förbättringsarbete samt uppföljning av kvaliteten i verksamheten. Enkäten till medarbetarna skickades till 277 medarbetare varav 160 svarade, vilket ger en svarsfrekvens på 58 procent. Enkäten till medarbetare bestod även den av 14 frågor, vilka omfattade kännedom om processer och rutiner och huruvida de upplever att de följs i verksamheten samt deras delaktighet i förbättringsarbetet.

2.4. Revisionskriterier

Granskningens bedömningar utgår från följande revisionskriterier, för att läsa mer om revisionskriterierna se avsnitt 7.

- ▶ Kommunallag (2017:725)
- ▶ Socialtjänstlagen (2001:453)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah
- ▶ Nämndens reglemente

3. Kvalitetsarbete och rutiner

Revisionskriterium

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. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. 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

3.1.1. Organisation och styrning

Inom socialförvaltningen finns verksamhetsområdet senior som leds av en verksamhetschef och innefattar 7 särskilda boenden uppdelat på åtta enhetschefer. Inom socialförvaltningen finns en kvalitet- och utvecklingsenhet som följer upp verksamheternas kvalitet genom att de utreder lex Sarah avvikelser och klagomål och synpunkter i de fall som det kräver en utredning samt genomför tillsyn på boendena. Enheten får uppdrag om utredningar avseende kvalitet från socialförvaltningens ledningsgrupp, bestående av förvaltningschef, verksamhetschefer och enhetschef för kvalitet- och utvecklingsenheten.

Socialförvaltningen styrs av en nämndplan och en verksamhetsplan. Nämndplanen respektive verksamhetsplanen för år 2022-2023 innehåller kommunfullmäktiges fyra målområden med resultatmål och nyckeltal för uppföljning. De målområden som berör särskilt boende är enligt uppgift samhällsplanering samt trygghet och folkhälsa. Nämnden äger dock inte frågan om samhällsplanering utan målområdet berör nämndens delaktighet. Målet om att folkhälsan förbättras och tryggheten ökar har sju nyckeltal för uppföljning, varav bemötande, förtroende och trygghet för äldre inom särskilt boende är ett av nyckeltalen. Målvärdet 2022 och 2023 är att värdet ska öka (se uppföljning av målet i avsnitt 4). Socialförvaltningen har beslutat om en verksamhetsplan för år 2022-2023 utifrån nämndplanen. I verksamhetsplanen återges målen men det har inte skett någon ytterligare konkretisering av målen.

Vid intervju uppges att styrningen blir otydlig då planen innehåller totalt 45 indikatorer och nyckeltal för uppföljning. Vissa intervjuade lyfter även att målen med indikatorerna och nyckeltalen inte alltid är förenliga till lagkraven och upplevelsen är att styrningen inte utgår från verksamhetens främsta behov.

3.1.2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Det finns ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för socialtjänsten i Laholms kommun daterat 2019. Ledningssystemet innehåller de delar som föreskrivs i lag och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vid intervjuer och i enkätsvar framkommer dock att ledningssystemet inte är förankrat i det praktiska arbetet. På enkätfrågan till enhetschefer om ledningssystemet är väl förankrat bland medarbetarna har de flesta svarat negativt, då 40 procent har svarat "instämmer till viss del" och 40 procent har svarat "vet ej".

Socialnämnden beslutade den 22 juni år 2021 att ge förvaltningen i uppdrag att kvalitetssäkra ledningssystemet inom socialtjänsten genom en genomgång av struktur och systematik av ledningssystemets dokumentation. Enligt uppgift är ledningssystemet under översyn och uppbyggnad vid granskningens tidpunkt. Förvaltningens ledningsgrupp är styrgrupp för arbetet och det leds av kvalitet- och utvecklingschefen. Förvaltningen har tagit stöd av en konsult i framtagande av en struktur för kvalitetsledningssystemet. Uppdraget innebar framtagande av:

- ▶ Lagkravlistor för ett kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.
- ▶ Förtydligande av ansvaret för kvalitet i verksamheten.
- ▶ Framtagande av förslag på en webbaserad struktur för kvalitetsledningssystemet.

Såväl nämnden som ledningsgruppen har tagit del av en presentation av konsulten inför framtagandet av ledningssystemet kring vad ledningssystemet omfattar för delar år 2021. Nämnden tog del av en avslutande presentation under 2022 som omfattade nämndens roll och ansvar i kvalitetsarbetet. I konsultens slutrapport framgår att det tagits fram lagkravlistor och förslag på ansvarsfördelning mellan nämnd, styrgrupp, kvalitets- och utvecklingsenheten samt förslag om kvalitetsgrupp och kvalitetsombud. Rapporten innehåller även förslag på en struktur för kvalitetsledningssystemet, som innebär att ledningssystemet ska återfinnas i mappar på intranätet utifrån uppdelningen:

- ▶ Riktlinjer, lagkrav och vägledning
- ▶ Praxis
- ▶ Processer
- ▶ Rutiner

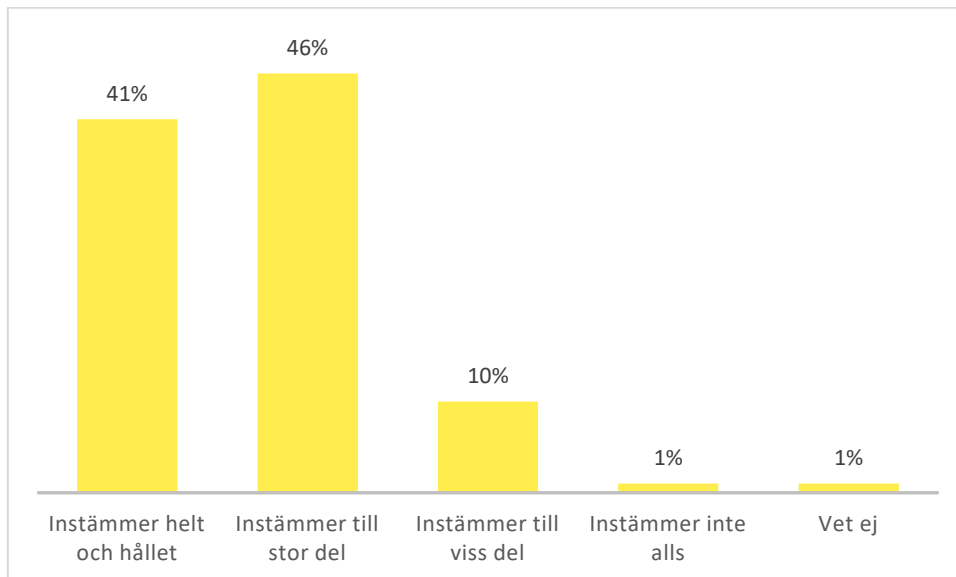
Enligt uppgift pågår arbete med att upprätta ledningssystemet i mappar på intranätet enligt ovan, där respektive verksamhet ska lägga in sina processer, riktlinjer och rutiner. Det finns ingen tidplan för när ledningssystemet ska vara färdigställt utan det beskrivs som ett levande arbete. Vissa intervjuade uppger att det är en utmaning att förvaltningen saknar ett digitalt verksamhetssystem som kan stötta verksamheten i deras systematiska kvalitetsarbete.

3.1.3. Processer, riktlinjer och rutiner

Som en del i översynen och uppbyggnaden av ledningssystemet pågår en genomlysning av samtliga processer, riktlinjer och rutiner utifrån att de ska vara tydliga och uppdaterade. Översynen av processer, riktlinjer och rutiner som gäller för verksamheten senior leds av verksamhetschef tillsammans med en arbetsgrupp. Intervjuade beskriver arbetet som tidskrävande och att de vid tidpunkten för granskningen har gått igenom cirka 20 procent av alla rutiner, riktlinjer och processer. Det finns ett stort antal processer, riktlinjer och rutiner som gäller för särskilda boenden (se källförteckning i avsnitt 6). Vi kan konstatera att vissa inte är uppdaterade i närtid då de är daterade 2018, 2017 och i vissa fall 2015. De riktlinjer och rutiner vi har tagit del av beskriver ett tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska utföras och anger ansvaret för utförandet, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Utöver det finns dokumenterade uppdragsbeskrivningar för enhetschef och omvårdnadspersonal som beskriver funktionernas generella uppdrag.

Vid intervjuer framkommer delade meningar om huruvida processer, riktlinjer och rutiner är kända i verksamheten. Av enkätresultatet kan vi utläsa att de flesta svarande medarbetare upplever att de har kännedom om de rutiner som påverkar deras arbete.

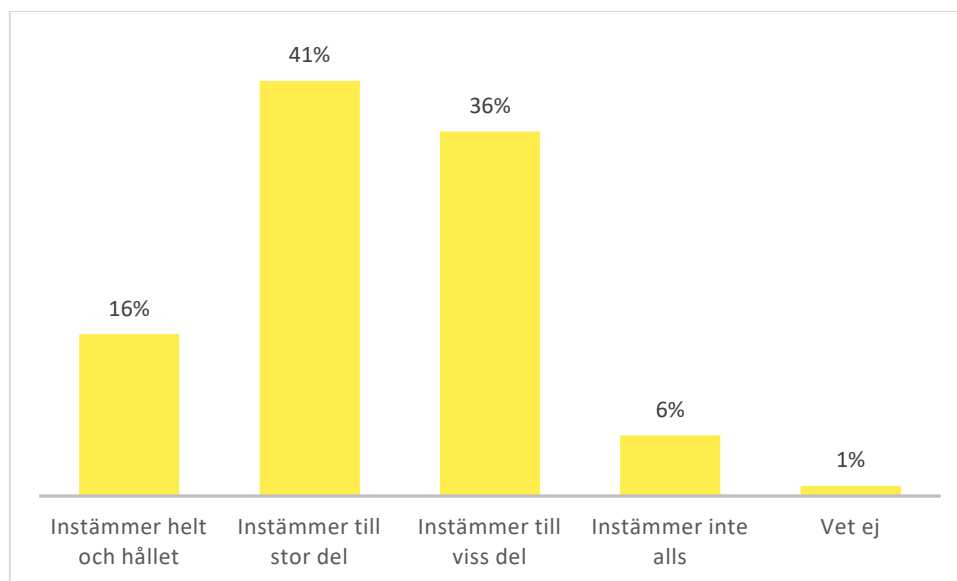
Diagram 1. Resultat på enkätfrågan: Har du kännedom om de rutiner som påverkar ditt arbete?



Diagrammet ovan visar att det är få medarbetare som svarat stämmer inte alls eller vet ej på frågan om de har kännedom om rutinerna. Enkätresultatet visar att de som har arbetat längre än tre år har svarat något mer positivt på frågan än de som har arbetat 0-2 år. Vissa intervjuade menar dock att de avvikelser och lex Sarah rapporter som inkommer visar att de inte är kända för alla och i vissa fall är de kända

men efterlevs inte av alla anställda. På enkätfrågan om medarbetare upplever att deras kollegor följer nya rutiner så noterar vi mer spridda svar.

Diagram 2. Resultat på enkätfrågan: Upplever du att dina kollegor följer nya rutiner?

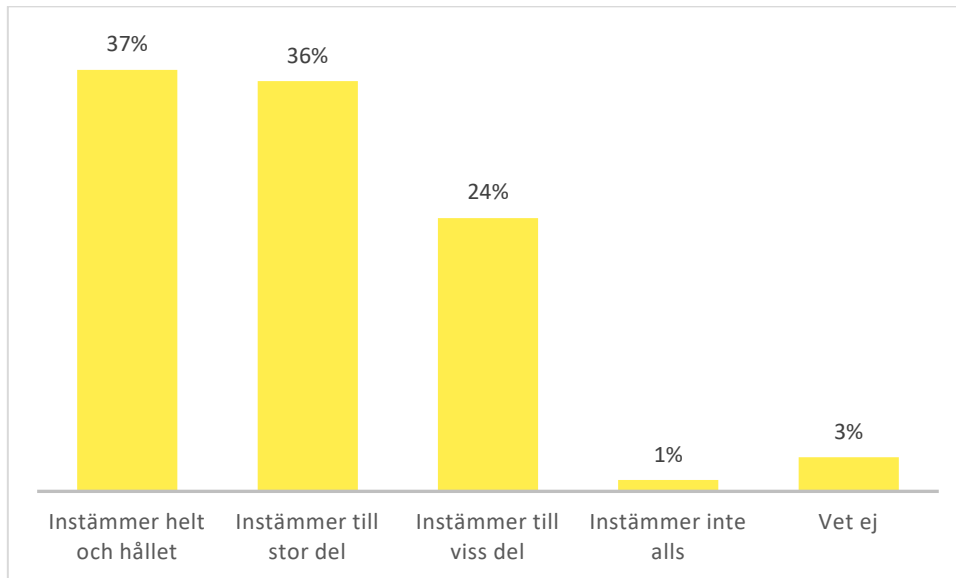


Diagrammet ovan visar att en stor andel (36 procent) har svarat instämmer till viss del på påståendet att deras kollegor följer nya rutiner. Vi noterar att de som arbetat mellan 3-9 år svarat minst positivt på frågan, då 46 procent har svarat stämmer helt eller till stor del medan 56 procent av de som jobbat i 0-2 år svarat positivt och 63 procent av de som jobbat i 10 år eller längre har svarat positivt. På enkätfrågan till enhetscheferna om medarbetarna arbetar i enlighet med processer och rutiner har 60 procent svarat instämmer till stor del och 40 procent till viss del.

Såväl vid intervju som i fritextsvar uppges att det kan bero på att processer och rutiner är svåra att hitta på grund av avsaknaden av ett samlat ledningssystem som samlar alla processer, riktlinjer och rutiner och som är lätt för medarbetare att navigera i. I fritextsvar på enkäten kan vi även utläsa att vissa upplever att det är svårt att hålla reda på alla rutiner då de är så många och det ständigt kommer nya rutiner. Någon lyfter även att nya rutiner kan missuppfattas och feltolkas som sedan sprids bland övriga medarbetare, vilket minskar följsamheten.

Det sker dock ingen systematisk uppföljning av att processer och rutiner är kända i verksamheten eller efterlevs. Vid intervju uppges att det ska ske på APT (arbetsplatsträffar) i dialog. Det är även på APT medarbetare ska få information om förändrade eller nya processer och rutiner. Det sker ingen uppföljning av att detta görs. Enkätresultatet visar att de flesta medarbetarna svarat positivt på frågan om de pratar om nya rutiner på APT:

Diagram 3. Resultat på enkätfrågan: Pratar ni om nya rutiner på APT?



Även vad gäller enhetschefer har 60 procent svarat instämmer helt eller till stor del på frågan och resterande instämmer till viss del. I medarbetarnas fritextsvar uppger dock vissa att nya processer och rutiner endast skickas ut via e-post och att det finns för lite tid på APT för att diskutera nya rutiner.

Vidare visar enkätresultatet spridda svar från medarbetarna vad gäller deras delaktighet när nya rutiner tas fram.¹ I fritextsvar uppger svarande att rutiner endast kommuniceras ut till medarbetarna. Vissa lyfter att de önskar få vara mer delaktiga i när rutiner tas fram då de besitter kompetens och kunskap om verksamheten. Vad gäller enhetscheferna så har tre av fem svarat instämmer till viss del på frågan om medarbetarna är delaktiga när nya arbetsrutiner tas fram.

3.2. Bedömning

Vi bedömer att nämnden har tillsett att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd. Dock visar granskningen att det systematiska ledningssystemet inte är förankrat i verksamheten, vilket vi bedömer vara en brist. Vi bedömer det som positivt att det pågår arbete med att upprätta ett ledningssystem som ska bli förankrat i verksamheten. Vår bedömning är dock att det bör finnas en konkret tidplan för när uppbyggnaden av det nya systemet ska vara färdigställt i syfte att möjliggöra en uppföljning av arbetet.

Därtill bedömer vi att det finns risk för att styrningen och uppföljningen av verksamheten blir otydlig på grund av antalet nyckeltal och indikatorer som ska

¹ Enkätresultatet visar att 22 procent svarat instämmer helt, 37 procent till stor del, 30 procent till viss del och 11 procent instämmer inte alls.

följas upp. Särskilt om det inte görs en analys som möjliggör att slutsatser kan dras om utvecklingen bidrar till en ökad måluppfyllelse eller till en bättre kvalitet av verksamheten.

Vi bedömer att nämnden har tillsett att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda. Bedömningen grundas på att de riktlinjer och rutiner som finns är i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Granskningen visar dock att många riktlinjer och rutiner inte är uppdaterade i närtid. Vi bedömer det därför som positivt att det pågår en översyn av processer, rutiner och riktlinjer. Därtill ser vi bekymmersamt på att intervjuade och svarande på enkät uppger att alla inte följer processer, rutiner och riktlinjer. Vi menar att det är av vikt att involvera medarbetare i framtagande av detta och tydligt kommunicera dessa för att undvika missförstånd.

4. Förbättringsarbete och uppföljning

Revisionskriterium

Av socialtjänstlagens 3 kap. 3 § framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska 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

4.1.1. Systematiskt förbättringsarbete

Riskanalyser och egenkontroller

Enligt uppgift genomförs riskanalyser vid förändringar i verksamheten. Inom verksamhetsområdet senior genomfördes 29 riskanalyser under år 2022. Riskanalyserna har genomförts av enhetscheferna och verksamhetschef. Exempel på riskanalyser som har genomförts är vid:

- ▶ personalbrist,
- ▶ utmaningar med att rekrytera,
- ▶ öppnande av ny avdelning,
- ▶ inför sommarbemanning,
- ▶ förändringar av kök på ett boende,
- ▶ nedsläckning av belysning på boenden samt
- ▶ brist på korttidsplatser.

Enkätresultatet visar att 60 procent av enhetscheferna har svarat stämmer helt eller till stor del på frågan om de gör regelbundna riskanalyser. Övriga har svarat instämmer till viss del.

Det sker inga egenkontroller utifrån egna framtagna riskanalyser. Utifrån hälso- och sjukvårdslagstiftningen genomför verksamhetschef återkommande egenkontroller så som nattfastemätning och hygienmätning. Intervjuade lyfter att det finns ett behov av systematiserade egenkontroller utifrån socialtjänstlagen i likhet med de som görs utifrån hälso- och sjukvårdslagen. Dock genomför kvalitets- och utvecklingsenheten kvalitetsgranskningar på ett antal enheter årligen. År 2022 genomfördes en kvalitetsgranskning på ett särskilt boende. Det är vanligtvis förvaltningens ledningsgrupp som beslutar vilka enheter som de ska granska men i detta fall var det även på grund av initiativ från verksamhetschefen. Enheten valdes ut på grund av hög sjukfrånvaro, många lex Sarah anmälningar och klagomål från

fackliga och anhöriga samt ett klagomål som inkom via IVO (Inspektionen för vård och omsorg) samt att enhetschefen signalerat om ohållbar situation. Vi har tagit del av slutrapporten av tillsynen, daterad den 8 april 2022. Av slutrapporten framgår att kvalitetsutvecklare och medicinskt ansvarig sjuksköterska har intervjuat omvårdnadspersonal, enhetschef, sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut. Vid intervjuerna framkom att det saknades en organiserad struktur, arbetsordning, ansvarsfördelning samt rutiner och kunskap för vård- och omsorgsarbetet. Utifrån intervjuerna och granskning av dokumentation upprättade tillsynsgruppen ett antal utvecklingsområden. Rapporten lämnades sedan över till socialchef och dess ledningsgrupp den 21 april 2022 och det bildades en arbetsgrupp som skapade en handlingsplan med flertal åtgärder utifrån identifierade brister. Vi har tagit del av handlingsplanen, vilken innehåller ett antal aktiviteter med tidplan, ansvarig och statusrapportering. Dock saknar vissa av aktiviteterna tidplan, ansvarig och statusuppdatering. Vid sakgranskning framhålls att handlingsplanen har upplevts som tydlig av verksamheten och att den har omfattat de delar som de har funnit behov av.

Det genomfördes en uppföljning i oktober 2022 genom intervju med de två enhetschefer som arbetat efter handlingsplanen. I rapporten från uppföljningen konstateras att åtgärderna har gett resultat. Det anges att ett delat ledarskap mellan två enhetschefer och genomförda personalrättsliga åtgärder har gett positiva effekter. Synpunkter och klagomål från brukare och anhöriga har även minskat. Intervjuade inom ramen för denna granskning instämmer i att kvaliteten på enheten har höjts utifrån genomförda åtgärder. Enligt uppgift ska det genomföras ytterligare en uppföljning i februari 2023 genom intervju med omvårdnadspersonalen. Enligt uppgift har nämnden fått muntlig återrapportering om tillsynen och åtgärderna men inte tagit del av rapporterna och handlingsplanen. Den muntliga återrapporteringen framgår dock inte av nämndens protokoll.

Vi noterar därtill att utredningen visade på brister avseende upprättande av genomförandeplaner vad gäller tidsintervallet för upprättande och uppföljning av genomförandeplanerna samt dess kvalitet. I uppföljningen konstaterades att personalen efter tillsynen har fått utbildning i dokumentation och att enhetschef läst samtliga genomförandeplaner. Dock har det inte genomförts några kontroller av genomförandeplaner inom särskilt boende under år 2022. Vid sakgranskning framförs att genomförandeplanerna alltid kontrolleras i samband med utredning av lex Sarah.

Avvikelser och lex Sarah

Det finns en rutin för hantering av avvikelser, där det framgår att all personal är skyldiga att rapportera avvikelser. Intervjuade upplever att omvårdnadspersonalen är noga med att rapportera avvikelser. På enkäten har även majoriteten av de svarande medarbetarna svarat instämmer helt eller till stor del (94 procent) att de vet hur de rapporterar avvikelser. Vi noterar dock att svaren skiljer sig något beroende på hur länge de svarande har jobbat. Av de som har jobbat i 0-2 år har 15

procent svarat att de instämmer till viss del att de vet hur man rapporterar avvikelser.

Under år 2022 har det inom verksamhetsområdet senior rapporterats 4356 avvikelser. I tabellen nedan redovisas avvikelserna uppdelat utifrån avvikelseyp.

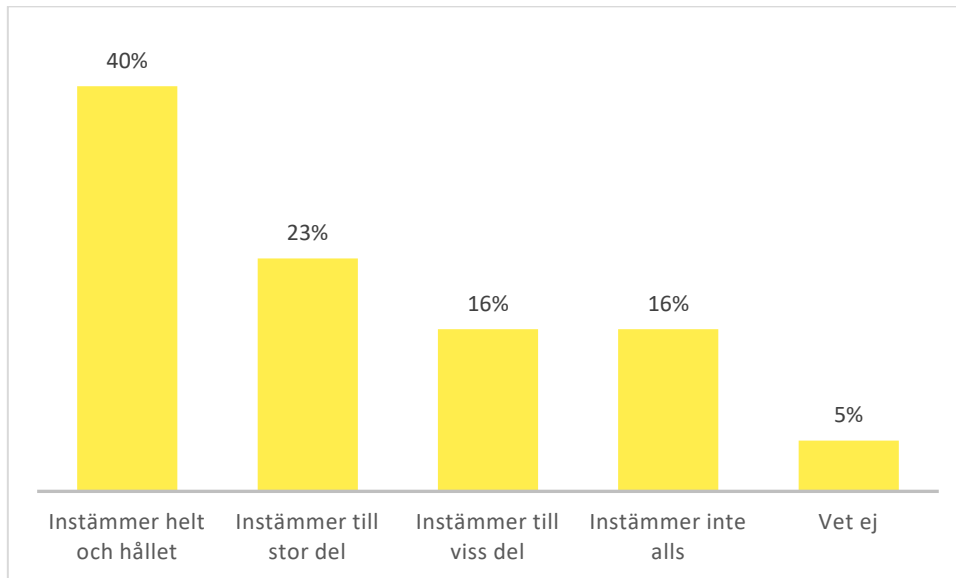
Tabell 1. Sammanställning avvikelser 2022 inom verksamhetsområdet senior.

<i>Avvikelseyp</i>	<i>Antal</i>
<i>Fall</i>	1787
<i>Läkemedelsgivning utebliven</i>	643
<i>Signering utebliven</i>	317
<i>Insats felaktig</i>	295
<i>Läkemedel felaktig delning</i>	237
<i>Bristande informationsöverföring</i>	204
<i>Felaktig hjälpmedelsanvändning</i>	118
<i>Behandling utebliven</i>	111
<i>Bristande larmfunktion</i>	109
<i>Behandling felaktig</i>	79
<i>Läkemedelsgivning förväxling</i>	58
<i>Läkemedelsgivning överdosering</i>	46
<i>Utåtagerande mellan brukare</i>	39
<i>Vårdrelaterad infektion</i>	11
<i>Suicidrisk</i>	3
<i>Summa:</i>	4356

Utifrån tabellen ovan kan vi konstatera att de flesta rapporterade avvikelserna är fall. Utöver det är även utebliven läkemedelsgivning en vanlig förekommande avvikelse som rapporterats 2022. Vi har tagit del av en sammanställning av avvikelserna där det för de flesta avvikelserna framgår vilka åtgärder som har vidtagits. I enstaka fall saknas dock information om det har vidtagits åtgärder.

Vad gäller lex Sarah finns en process som anger vilken funktion som ansvarar för olika delar i processen. Verksamhetschef och enhetschef ska delges beslut och avslutad utredning, utifrån det ska avdelningschef besluta om förbättringsåtgärder och enhetschef besluta om och påbörja förbättringsarbetet. Det finns även en rutin för rapportering/anmälan av missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden. Enkätresultatet visar något spridda svar avseende om medarbetarna har fått utbildning i lex Sarah även om de flesta (40 procent) svarat instämmer helt och hållet.

Diagram 4. Resultat på enkätfrågan: Har du fått utbildning i lex Sarah?



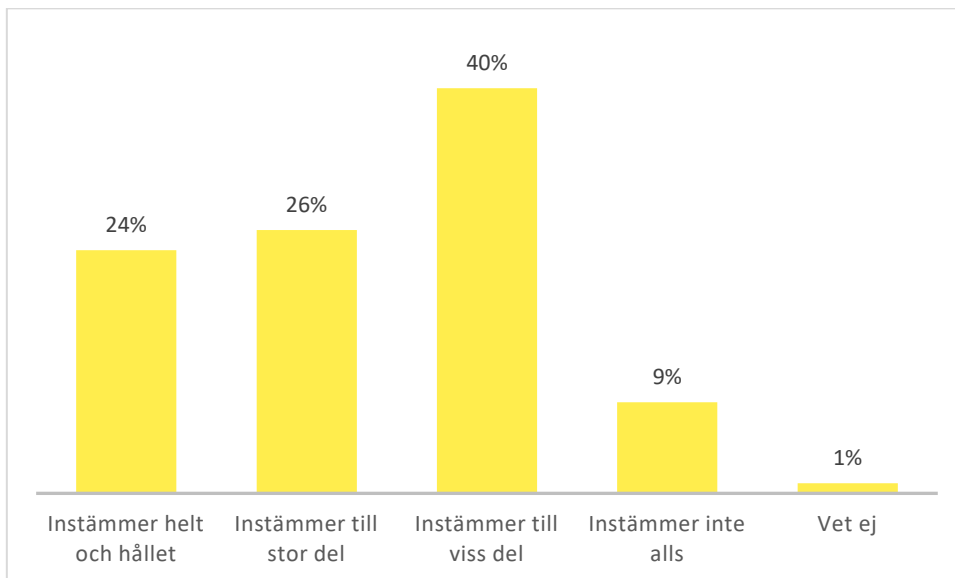
I fritextsvar kan vi utläsa att vissa upplever att det var längesedan och att de behöver repetera det.

Under första halvåret 2022 inkom 11 lex Sarah rapporter för särskilt boende avseende:

- ▶ fysiskt övergrepp från en brukare mot två andra brukare,
- ▶ brister i utförande av insats,
- ▶ brister i rättssäkerhet,
- ▶ ekonomiska övergrepp samt
- ▶ brister i utrustning, teknik och fysisk miljö.

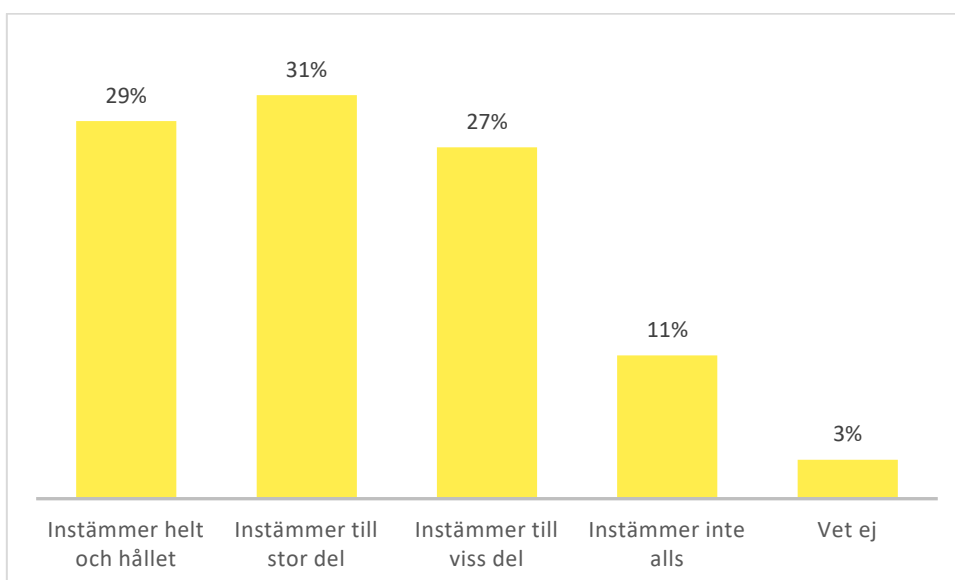
Det har beslutats om åtgärder utifrån händelserna som har rapporterats till nämnden. Vi ser vissa skillnader mellan enheterna vid jämförelse av hur många lex Sarah rapporter som inkommit per enhet under 2022. Under 2022 har det inkommit mellan noll och fem rapporter per enhet och mellan en och fyra rapporter har bedömts inte vara ett missförhållande. Vidare ska återrapportering av hantering och åtgärder vid avvikelser och lex Sarah anmälningar ske vid teammöten där enhetschef, arbetsterapeut, sjuksköterska och omvårdnadspersonalen deltar. Det finns en rutin för teamträffar med en mötesagenda, i vilken det framgår att avvikelse ska diskuteras och analyseras under mötet. På enkätfrågan om medarbetarna upplever att de pratar om lex Sarah på APT har 40 procent svarat instämmer till viss del.

Diagram 5. Resultat på enkätfrågan: Pratar ni om lex Sarah på APT?



På enkätfrågan om medarbetarna får veta vilka åtgärder som har genomförts på grund av upptäckta avvikelser har de svarande medarbetarna gett spridda svar.

Diagram 6. Resultat på enkätfrågan: Får du veta vilka åtgärder som har genomförts på grund av upptäckta avvikelser?



Diagrammet ovan visar att många har svarat positivt men att 27 procent svarat till viss del och 11 procent har svarat inte alls på frågan om de får veta vilka åtgärder som genomförts på grund av avvikelser. Enhetschefer har svarat mer positivt på frågan då 40 procent uppgett stämmer helt och resterande stämmer till stor del på

frågan om medarbetare får återkoppling på åtgärder som genomförts på grund av upptäckta avvikelser.

Synpunkter och klagomål

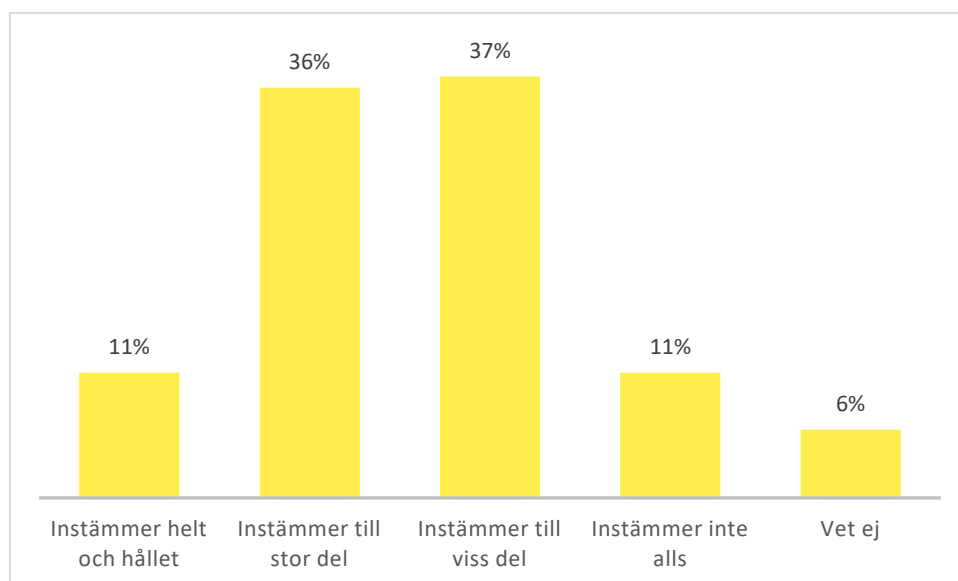
På enkätfrågan till enhetschefer om det finns tydliga rutiner gällande att ta emot och utreda synpunkter och klagomål har majoriteten (80 procent) svarat stämmer helt och resterande stämmer till stor del. Uppföljningen av synpunkter och klagomål innefattar samtliga verksamheter inom äldreomsorgen och är inte uppdelat för särskilt boende. Det har kommit in totalt 29 synpunkter och klagomål avseende äldreomsorgen under första halvåret 2022. Av uppföljningen som även nämnden tagit del av framgår vilka åtgärder som ska ha vidtagits utifrån synpunkterna och klagomålen.

Förbättringsarbetet

Intervjuade uppger att det sker ett förbättringsarbete på enheterna men att det inte går att följa fullt ut i dokumentationen. Vidare förs förbättringsarbetet inte vidare mellan enheter då det inte finns någon systematik i att redogöra för förbättringsarbetet för andra än de som är närmst involverade. Det lyfts även att ett mer ändamålsenligt sätt att använda de personella resurserna skulle vara att ägna mer tid åt det förbättrande arbetet än arbetet med att utreda synpunkter och klagomål.

Enkätresultatet visar att alla svarande medarbetare inte fullt ut upplever att deras förslag på förbättringar tas tillvara i verksamheten då vi ser spridda svar.

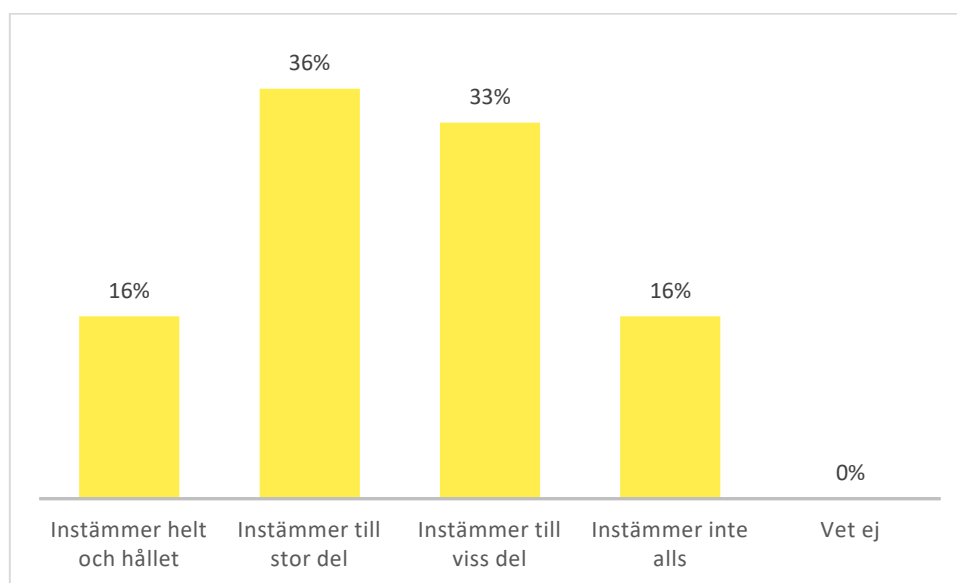
Diagram 7. Resultat på enkätfrågan: Mina förslag på förbättringar tas tillvara på i verksamheten.



I fritextsvar kan vi utläsa att vissa medarbetare upplever att de lyfter förbättringsförslag till chefen men att chefen inte lyssnar.

Vad gäller medarbetarnas förutsättningar så visar enkätresultatet att vissa svarande medarbetare upplever att de inte har tillräckligt med tid för att utföra sina arbetsuppgifter då vi ser spridda svar på påståendet.

Diagram 8. Resultat på enkätfrågan: Jag har tillräckligt med tid för att utföra mina arbetsuppgifter.



I fritextsvar kan vi utläsa att vissa upplever sig stressade då de är underbemannade. Majoriteten av de svarande medarbetarna (77 procent) har dock uppgett att det stämmer helt eller till stor del att de kan prata med sin chef om de upplever arbetet som stressigt och/eller arbetet påverkar dem negativt. Även enhetschefer har svarat positivt på att de upplever att medarbetare lyfter sin arbetssituation med dem vid behov. Dock finns det exempel på medarbetare som har uppgett i fritextsvar att även om de lyfter frågan så sker ingen förändring.

4.1.2. Uppföljning av kvalitetsarbetet

Nämnden tar del av uppföljning av verksamhetens kvalitet genom ordinarie uppföljning av verksamheten och patientsäkerhetsberättelsen.

Nämnden tar del av årsredovisning och uppföljning av nämndplan som innehåller uppföljning av målen (se avsnitt 3). Vi har tagit del av årsredovisning och uppföljning av år 2021. Det nyckeltal som är kopplat till särskilt boende är bemötande, förtroende och trygghet. Dock finns det inga uppgifter för 2020 och 2021. Vad gäller området trygghet och folkhälsa konstateras att den psykiska ohälsan ökat i pandemins spår. Utöver det innehåller årsredovisningen uppföljning av kvalitetsnivåer. Vad gäller äldreomsorgen innehåller uppföljningen nyckeltal kring antal fallskador och kostnad för äldreården utöver brukarbedömningen som saknar

uppgifter år 2020 och 2021. Av uppföljningen framgår att antal fallskador har ökat år 2020 jämfört med år 2019 och det saknas information för år 2021. Den månadsuppföljning som nämnden tar del av är en ekonomisk uppföljning och det går inte att utläsa verksamhetens kvalitet utifrån den.

Patientsäkerhetsberättelsen innehåller de delar som den ska i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). Det enda som inte framgår av patientsäkerhetsberättelsen är vilka klagomål och synpunkter som har inkommit och hur de som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats. Nämnden tar dock del av en förteckning över inkomna synpunkter och klagomål vid varje nämndssammanträde och två gånger årligen tar de del av uppföljning av synpunkter och klagomål som inkommit under ett halvår (se beskrivning av uppföljningen under avsnitt 4.1.1).

Det saknas dock en kvalitetsberättelse vilket bör tas fram enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). Patientsäkerhetsberättelsen inkluderar inte heller uppföljning av kvalitetsarbetet som bör följas upp enligt föreskrifterna så som:

- ▶ hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- ▶ vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- ▶ vilka resultat som har uppnåtts.

Enligt uppgift ska det upprättas en sammanslagen patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse för år 2022. Nämnden har inte vidtagit några åtgärder med anledning av den uppföljning de tar del av.

4.2. Bedömning

Vi bedömer att nämnden delvis tillsett att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. Bedömningen grundar sig på att det upprättas aktiviteter och åtgärder för att förbättra arbetet utifrån de kontroller av verksamheten som genomförs. Dock bedömer vi att det bör ske egenkontroller utifrån riskanalyser och att det bör ske fler egenkontroller enligt socialtjänstlagen i syfte att säkerställa ett tillräckligt förbättringsarbete. Därtill noterar vi att det i handlingsplan utifrån tillsyn saknas tidplan, ansvarig och statusuppdatering. I enstaka fall saknas även information om vidtagna åtgärder vid avvikelser. Vi bedömer att det är av vikt att säkerställa att det utses ansvarig och tidplan för aktiviteter för att förbättra arbetet för att säkerställa att det genomförs. Ytterligare ett utvecklingsområde enligt vår bedömning är att kommunicera åtgärder och förbättringsarbete till medarbetare. Vi menar att det är av vikt att involvera medarbetarna i förbättringsarbetet för att fullt ut kunna förankra det.

Vi bedömer att nämnden inte fullt ut säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet. Bedömningen grundas på att det finns en patientsäkerhetsberättelse som innehåller de delar den ska i enlighet med

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Dock bedömer vi det som en brist att det inte har upprättats en kvalitetsberättelse, vilket årligen bör tas fram enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Det innebär att kvalitetsarbetet inte har följts upp fullt ut då det saknas en sammanställning om hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som har uppnåtts.

5. Slutsats

Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden inte fullt ut har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens särskilda boenden inom verksamhetsområdet senior. Bedömningen grundas på att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete inte är förankrat i verksamheten. Därtill är många rutiner och processer inte uppdaterade i närtid och det finns brister i efterlevnaden.

Vi ser en risk i att medarbetare inte upplever sig delaktiga i utvecklingsarbetet utan att de enbart är mottagare av förändrade processer och rutiner. Vi bedömer det som en brist att det finns exempel på att de enbart tar del av nya rutiner per mail då rutinen uppges vara att det ska ske en förankring via arbetsplatsträffar. Här brister det även i uppföljningen av att informationsspridningen sker enligt den rutin som uppges finnas. Vi menar att medarbetares delaktighet i förbättringsarbetet är av vikt för att lyckas med implementering av såväl ledningssystemet och de rutiner som följer. Vi ser det som positivt att det pågår ett arbete för att genomföra en översyn av ledningssystemet och för att förankra det i verksamheten och därtill se över och uppdatera befintliga processer och rutiner. Vi menar dock att det bör finnas en tidplan för arbetet för att möjliggöra en uppföljning om arbetet går enligt plan och nämndens förväntan då uppdraget lämnades till förvaltningen i juni 2021.

Inom ramen för det systematiska förbättringsarbetet anser vi att det bör upprättas en riskanalys som ligger till grund för egenkontroller. Vi menar att en riskanalys är ett effektivt verktyg för att identifiera inom vilka områden eller vilka processer/rutiner egenkontroller bör ske. Därtill är vår bedömning att aktiviteter och åtgärder inom ramen för det systematiska förbättringsarbetet ska ha en tidplan, en ansvarig och statusuppdatering för att säkerställa att förbättringsarbetet sker. Det hade även varit fördelaktigt om lärdomar spreds inom hela organisationen och inte stannade på respektive enhet. Slutligen bedömer vi det som en brist att det inte har upprättats en kvalitetsberättelse då kvalitetsarbetet inte följts upp på annat sätt.

Revisionsfråga	Svar
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Har nämnden tillsett att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd? 	Ja, nämnden har tillsett ett dokumenterat ledningssystem i enlighet med lag, föreskrifter och allmänna råd men det är inte förankrat i verksamheten.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Har nämnden tillsett att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda? 	Ja, det finns dokumenterade och fastställda centrala processer och rutiner men många är inte uppdaterade i närtid. Vid intervjuer och i enkätsvar framkommer att

	processer och rutiner inte alltid efterlevs.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Har nämnden tillsett att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete? 	Delvis. Det pågår aktiviteter och åtgärder för att förbättra verksamheten. Det saknas egenkontroller utifrån riskanalyser och tillräckliga egenkontroller utifrån SoL. I handlingsplan utifrån kvalitetsgranskningen saknas i vissa fall tidplan, ansvarig och statusuppdatering.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet? 	Nej. Det upprättas en patientsäkerhetsberättelse i enlighet med föreskrifter och allmänna råd. Det saknas dock en kvalitetsberättelse och det sker inte en tillräcklig uppföljning av kvaliteten.

Vi rekommenderar socialnämnden att:

- ▶ Tillse att processer och rutiner efterlevs i verksamheten.
- ▶ Se över så att nyckeltal och indikatorer som följs upp är kvalitetsdrivande.
- ▶ Säkerställa att aktiviteter och åtgärder som ska vidtas för att förbättra verksamheten är tidsatta, har en ansvarig och följs upp.
- ▶ Säkerställa en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet.

Laholm 21 mars 2023

Negin Nazari
EY

Imelda Bengmark
EY

6. Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Förvaltningschef
- ▶ Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- ▶ Kvalitetsutvecklare
- ▶ Verksamhetschef för senior

Dokument

- ▶ Nämndplan för socialnämnden 2022-2023
- ▶ Budget 2022 socialförvaltningen
- ▶ Verksamhetsplan för socialförvaltningen 2022-2023
- ▶ Årshjul 2022
- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för socialtjänsten i Laholms kommun, 2019-05-03
- ▶ Avtal om stöd i framtagande av kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9 för socialförvaltningen i Laholms kommun
- ▶ Presentation till socialnämnden och ledningsgruppen avseende ledningssystem enligt Socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9
- ▶ Slutrapport "Stöd i framtagande av ett kvalitetsledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9"
- ▶ Sammanställning till ledningsgruppen efter genomgångar av lagkrav för kvalitetsledningssystem, 2022-05-12
- ▶ Uppdragsbeskrivning för enhetschefer
- ▶ Uppdragsbeskrivning för omvårdnadspersonal inom särskilt boende
- ▶ Riktlinjer för social dokumentation, 2017-06-08
- ▶ Riktlinje loggkontroll, 2018-04-13
- ▶ Riktlinje för avvikelshantering. 2019-04
- ▶ Riktlinje för hälso- och sjukvårdsdokumentation, 2021-06-30
- ▶ Riktlinjer för handläggning och utförande äldreomsorg med utgångspunkt i socialtjänstlagen (SoL)
- ▶ Rutin för ankomstsamtal, 2021-06-30
- ▶ Rutin gällande hantering av avvikelser, 2023-01-19
- ▶ Rutin ansvarsfördelning städning inom SÄBO/korttid/växelvård, 2022-09-22
- ▶ Rutin då brukare avviker från Särskilt boende, 2021-06-30
- ▶ Rutin då brukare behöver komma till sjukhus, 2021-06-03

- ▶ Rutin vid dödsfall på särskilt boende för enhetschefer, 2021-06-03
- ▶ Rutin vid dödsfall på särskilt boende för undersköterska, 2017-02-07
- ▶ Rutin för nödvändig tandvård under pågående pandemi, 2020-04-15
- ▶ Rutin gällande in- och utflyttning vid permanent särskilt boende, 2022
- ▶ Rutin kontaktmannaskap, 2015-05-30
- ▶ Rutin gällande synpunkter och klagomål externa utförare, 2018-12
- ▶ Rutin teamträffar, 2015-06-08
- ▶ Underlag för diskussion av brukare vid teamträff, gällande människors grundläggande behov
- ▶ Rutin ansvarsfördelning städning inom SÄBO/korttid/växelvård, 2022-09-22
- ▶ Rutin gällande synpunkter, klagomål och förbättringsförslag, 2018-11
- ▶ Rutin gällande Lex Sarah, 2018-07
- ▶ Lex Sarah process
- ▶ Mall för levnadsberättelse, 2022-10-14
- ▶ Mall för granskningsprotokoll journallogg, 2018-02-08
- ▶ Information till parboende/medboende i Laholms kommuns äldreboende, 2020-07-10
- ▶ Allmänna råd till funktionsnedsatta, äldre och deras anhöriga vid värmebölja, 2021-06-15
- ▶ Nattfastemätning särskilt boende 2022, 2022-11-04
- ▶ Socialstyrelsens brukarundersökning 2019
- ▶ Hygienmätning Laholms kommun 2022
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse 2021
- ▶ Sammanställning avvikelser 2022
- ▶ Uppföljning av Lex Sarah 2022-01-02 till 2022-06-30, 2022-08-11
- ▶ Sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål 2022-01-01 till 2022-06-30, 2022-09-01
- ▶ IVO:s överlämnande av klagomål på verksamheten, 2021-06-01
- ▶ Utredning gällande synpunkter, klagomål och förbättringsförslag, 2021-09-10
- ▶ Slutrapport oanmäld tillsyn på särskilt boende, 2022-04-08
- ▶ Sammanfattning av intervju med enhetschefer, uppföljning och jämförelse efter tillsyn
- ▶ Uppföljning och jämförelse efter tillsyn på särskilt boende
- ▶ Uppföljning dokumentationsutbildning 2022
- ▶ Nämndredovisning och uppföljning av nämndplan 2021
- ▶ Sammanställning lex Sarah rapporter under 2022 uppdelat per enhet
- ▶ Handlingsplan för särskilt boende efter tillsyn

- ▶ Nämndens månadsuppföljning efter mars 2022 och efter oktober 2022
- ▶ Presentation till nämnden om ledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, 2021
- ▶ Presentation om socialnämndens roll och ansvar för kvalitet, 2022
- ▶ Tjänsteskrivelse "Kvalitetssäkring av Ledningssystem inom Socialtjänsten", 2021-05-26
- ▶ Socialnämndens sammanträdesprotokoll 2021-06-22

7. Revisionskriterium

7.1. 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.

7.2. Socialtjänstlagen (2001:453)

Av socialtjänstlagens 3 kap. 3 § framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

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

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. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra 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. 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.

7.4. Socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah

Av socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah framgår att alla anställda, uppdragstagare, praktikanter eller motsvarande under utbildning är skyldiga att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden.

7.5. Nämndens reglemente

Socialnämndens reglemente, antaget av kommunfullmäktige 2014 med ändring 2021, anger att nämnden bedriver kommunens uppgifter inom socialtjänsten och vad som sägs i lag om socialnämnd.