

Veronica Welin, verksamhetschef
Susanne Berg, Kvalitetschef
Dnr Voo 2018/0624

Yttrande gällande granskning av kvaliteten inom äldreomsorgen

Lunds kommuns förtroendevalda revisorer har valt att granska vård- och omsorgsnämnden i syfte att bedöma om nämnden har säkerställt att kvaliteten i omsorgen lever upp till kraven i lagstiftning, mål och uppdrag. Revisionsuppdraget har genomförts tillsammans med konsult- och revisionsföretaget EY som sammanställt en revisionsrapport.

Den sammanfattande bedömningen är att vård- och omsorgsnämndens systematiska förbättringsarbete inte är tillräckligt. Noteras att det finns en omfattande uppföljning, dock bedöms det som svårt att följa ett systematiskt arbete med hur uppföljningarna tillvaratas och används i förbättringsarbetet. Nämnden bör på ett tydligare vis tillvarata det som framkommer i bland annat avvikelser, brukarenkät samt annan uppföljning så att underlaget i högre grad används för att åstadkomma förbättringar.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar Lunds kommuns revisorer vård- och omsorgsnämnden att;

1. Säkerställa att det finns ändamålsenliga rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet ska ske och komplettera med påtagliga och mätbara mål och indikatorer
2. Arbeta för att stärka brukarens delaktighet och inflytande, bland annat utifrån det som framkommit i brukarenkäterna
3. Säkerställa att erfarenheter, såväl goda exempel som avvikelser, från en enhet delas med övriga enheter i erfarenhetsutbyte och samverkan, allt för att utveckla kvaliteten.

Revisorerna önskar svar på vilka åtgärder som kommer att vidtas med anledning av vad som framkommit i granskningen och de rekommendationer som lämnats.

Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av revisionsrapporten. Det systematiska förbättringsarbetet är ett prioriterat område inom nämndens och förvaltningens ansvarsområde. Arbetet med att förbättra och kvalitetssäkra verksamheterna är ett ständigt pågående arbete och i nämndens Verksamhetsplan 2019 återfinns ett antal mätbara utvecklingsmål, verksamhetsmål och indikatorer som berör det systematiska förbättringsarbetet.

1. Säkerställa att det finns ändamålsenliga rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet ska ske och komplettera med påtagliga och mätbara mål och indikatorer

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vård- och omsorgsnämnden har fastställt ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:9). Ledningssystemet ska ge en struktur för den ledning och styrning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska också beskriva hur vi ska arbeta för att förbättra kvaliteten när vi upptäcker att det finns brister. God kvalitet i vård och omsorg uppnås, enligt Socialstyrelsens definition, när verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter. God kvalitet uppnås också när verksamhetens egna kvalitetsmål uppfylls och framför allt genom att brukarna är nöjda.

Ledningssystemet omfattar samtlig verksamhet enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Hälso- och sjukvårdslagen (HsL)

Huvudprocessen

Som en del i det systematiska kvalitetsarbetet har det övergripande arbetet för att ge brukarna en god vård och omsorg förtydligats i en process. De olika stegen i denna *Huvudprocess* ska ge ett stöd till medarbetare i deras olika uppgifter och ansvar i förvaltningens huvuduppdrag när en brukare ansöker om insatser enligt SoL/LSS och HsL. De olika stegen beskrivs från ansökan till uppföljning och avslut av insatser.

Kopplat till Huvudprocessen finns riktlinjer och rutiner för att säkra att arbetet utförs på ett likvärdigt sätt, att insatser dokumenteras, följs upp och återkopplas.

I ledningssystemet och Huvudprocessen finns riktlinjer, rutiner och processer som ska vara kända av alla medarbetare. På kommunens intranät som nås av alla medarbetare finns processer och ett bibliotek för rutiner och riktlinjer.

Uppföljning och systematiskt förbättringsarbete

Det finns en *Tidplan för uppföljning och verksamhetsplanering* som tydliggör "årshjulet" för de uppföljningar som planeras och genomförs under året. Årshjulet omfattar både den kommunövergripande uppföljningen, uppföljning av ekonomi, mål och indikatorer samt kvalitetsuppföljningar.

Uppföljning och verksamhetsplanering ska ske utifrån *PGSA-hjulets* olika faser (Planera, Genomföra, Studera, Analysera). För att ge förutsättningar till att kunna använda uppföljningar som genomförs under året i det systematiska förbättringsarbetet och verksamhetsplaneringen har förvaltningen instiftat ett "*kvalitetsår*". Kvalitetsåret löper från 1 oktober – 30 september och så mycket som möjligt av uppföljningsarbetet följer kvalitetsåret så att resultatet av genomförda uppföljningar kan analyseras och användas i verksamhetsplaneringen för kommande period.

Olika typer av egenkontroller och andra uppföljningar genomförs för att stämma av att vi arbetar på rätt sätt, med rätt saker och att resultatet blir bra. Men mätningar och kontroller är inte målet utan medlet för förbättringsarbetet. En ständig granskning och utveckling av verksamheten är en förutsättning för att uppnå en god kvalitet.

Kvaliteten i verksamheten följs kontinuerligt genom systematiska uppföljningar på individnivå, verksamhetsnivå och genom egenkontroller. I stort sett all uppföljning och analys av resultat sker på enhetsnivå, verksamhetsnivå och förvaltningsnivå.

Uppföljning av verksamhetsplaner sker i verksamhetsberättelser som varje enhet och verksamhet upprättar och finns som underlag till den samlade årsredovisningen. Uppföljningar av enheternas/verksamheternas kvalitet, egenkontroller och avvikelser m.m. kan tack vare att de följer kvalitetsåret då fungera som ett samlat underlag till både årsanalys och fram för allt till nästkommande års verksamhetsplan.

Intern kontroll

Vård- och omsorgsnämnden fastställer årligen en handlingsplan för intern kontroll med de kontrollaktiviteter som ska utföras under året. Kontrollaktiviteterna följs upp i en särskild rapport som lämnas till nämnden och kommunstyrelsen under hösten. Enheter/verksamheter upprättar vid behov handlingsplaner som följs upp på verksamhetsnivå och på förvaltningsnivå. Efterföljsamheten i handlingsplanerna följs därefter upp under våren nästkommande år och resultatet redovisas till nämnden.

Nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister används som stöd för att arbeta på ett strukturerat och enhetligt sätt. Berörda verksamheter är anslutna till tre nationella kvalitetsregister, Senior Alert, BPSD- registret och Svenska palliativregistret.

Kvalitetsuppföljning på verksamhetsnivå

På nationell nivå följs brukarnas upplevda kvalitet genom brukarundersökningar inom äldreomsorgen. Resultatet rapporteras på enhets- och verksamhetsnivå.

Under 2017-2018 har samtliga verksamheter följts upp enligt särskild modell som har omfattat bland annat systematiskt förbättringsarbete, processer och rutiner, samverkan, värdegrund och värdighetsgarantier samt dokumentationsgranskning. Resultatet har återkopplats skriftligt och muntligt till enhetschef och verksamhetschef som vid behov har upprättat handlingsplaner. Berörd verksamhetschef följer sedan upp planerade åtgärder.

Det sker en löpande kvalitetsuppföljning i samband med individuppföljning som återrapporteras till enhetschef/verksamhetschef. Vid särskild avvikelse sker en direkt återkoppling. Vid denna uppföljning tillfrågas brukaren om den upplevda kvaliteten och genomförandeplanen granskas.

Det sker en årlig särskild sammanställning av alla samtliga avvikelser vilket inkluderar synpunkter och klagomål, avvikelser enligt SoL/LSS/HsL, lex Sarah och lex Maria. Enhetschef sammanställer och analyserar först sitt resultat och verksamhetschef sammanställer sedan verksamhetsområdets samlade resultat. Förvaltningens resultat sammanställs i en samlad rapport som kvalitetsenheten och MAS ansvarar för.

Dessa olika uppföljningar sker enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Uppföljningarna görs löpande, resultatet analyseras och ligger till grund för det systematiska förbättringsarbetet på enheter och verksamheter samt för verksamhetsplanering. Enheter/verksamheter upprättar vid behov handlingsplaner som följs upp på verksamhetsnivå.

I Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen redovisas resultatet av det systematiska förbättringsarbetet årligen och där sätts nya kvalitetsmål.

Planering 2019

I verksamhetsplan 2019 finns som verksamhetsmål att utjämna skillnader kopplat till brukarenkäternas resultat. Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i utvalda frågor i den nationella brukarundersökningen. Verksamhetsområdets totala värde ska förbättras med minst 5 procent i utvalda frågor i den nationella brukarundersökningen.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska revideras, förvaltningens systematiska förbättringsarbete ska förtydligas och arbetet med implementering i organisationen fortsätter.

Rutiner för avvikelser/ klagomål finns på kommunens intranät. Genom utvecklingen av bärbar dokumentationsmöjlighet för alla verksamheter kommer tillgång till befintliga rutiner att öka.

Under 2019 fortsätter dokumentationsgranskningen i samtliga enheter. Resultatet återrapporteras på enhets- och verksamhetsnivå som underlag för det systematiska förbättringsarbetet.

Under året kommer också analysunderlag och analysarbetet för det sammantagna resultatet av uppföljningar att utvecklas.

2. Arbeta för att stärka brukarens delaktighet och inflytande, bland annat utifrån det som framkommit i brukarenkätorna

Individens behov i centrum (IBIC)

IBIC är en förkortning av Individens Behov I Centrum och är framtaget av Socialstyrelsen som ett stöd för att beskriva individens behov, resurser, mål och resultat. IBIC är riktat till personer som behöver hjälp och stöd i sin vardagliga levnad utifrån SoL (Socialtjänstlagen) och LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) oavsett funktionsnedsättning eller ålder. Samtliga verksamheter arbetar tillsammans med myndighetsfunktionen enligt detta arbetssätt och Huvudprocessen stödjer arbetssättet.

Idag har man inom särskilt boende fokus på individens behov enligt modellen och när man flyttar till ett särskilt boende har man två beslut, ett beslut om särskilt boendet och ett beslut om individuella insatser. För brukaren innebär denna utveckling bland annat ökad rättssäkerhet, delaktighet och påverkansmöjlighet.

När brukaren fått ett beslut om en insats och när handläggaren följer upp beslutet skickar handläggaren en beställning till utföraren som sedan gör en genomförandeplan tillsammans med brukaren utifrån beställningen. I genomförandeplanen beskrivs hur och när den enskilde önskar få sina insatser utförda och det individuella målet med insatsen. Brukarens delaktighet dokumenteras särskilt i akt och i genomförandeplan utifrån på vilket sätt de varit delaktiga.

I kontaktmannskapet ingår ansvaret att upprätta genomförandeplanen och kontaktmannen har ett särskilt uppdrag att här ta tillvara den enskildes behov och intresse.

I den individuella uppföljningen följs sedan måluppfyllelsen och innehållet i genomförandeplanen upp vilket dokumenteras och återkopplas.

Levnadsberättelse skrivs där den enskilde eller närstående beskriver personens bakgrund och personliga livsberättelse.

Arbets sättet är redskap som innebär att relationer utvecklas och det förbättrar kvaliteten och ökar brukarens delaktighet och inflytande.

De särskilda boendeenheterna arbetar också med kontinuerliga brukarråd och anhörigträffar för att öka brukares och närståendes möjlighet till påverkan och delaktighet. Enheterna arbetar med aktiviteter och stimulans utifrån den enskildes önskemål och beslut. Den enskilde är exempelvis med och påverkar/styr måltidernas innehåll. Menyerna görs tillsammans med brukarna och man erbjuder alternativ.

Planering 2019

Synpunkts/klagomålshanteringen ska och förenklas och kommunikationsinsatser ska genomföras för att förtydliga hur synpunkter kan lämnas för den enskilde och närstående.

Nämnden har fastställt värdighetsgarantier och arbetet med implementeringen fortsätter.

Det målinriktade arbetet fördjupas inom ramen för förvaltningens arbets sätt och metod för att sätta brukarens individuella behov och mål i centrum i samtliga verksamheter. Det ska skapas förutsättningar i verksamheterna för att jobba fullt ut enligt IBIC.

Brukarnas delaktighet och inflytande ska stärkas och samtalsstöd ska utvecklas för att alla brukare ska ha möjlighet att vara delaktiga utifrån sina egna förutsättningar. Under året kommer fokusområdena målarbete, delaktighet och inflytande för brukaren att prioriteras.

I nämndens verksamhetsplan 2019 finns som verksamhetsmål att utjämna skillnader kopplat till brukarenkäternas resultat. Alla enheter ska ha resultat över 60 procent i utvalda frågor i den nationella brukarundersökningen. Verksamhetsrådets totala värde ska förbättras med minst 5 procent i utvalda frågor i den nationella brukarundersökningen.

I nämndens verksamhetsplan för 2019 finns det vidare mätbara utvecklingsmål kopplade till att det i beslut ska finnas tydliga och mätbara mål, att det finns dokumenterat i genomförandeplanen hur målet ska uppnås och andelen mål som ska uppnås.

Arbetet med IBIC kommer att fortgå inom verksamhetsområdet och en årlig handlingsplan tas fram för att utveckla arbetsmetoden utifrån IBIC vidare. Legitimerad personal kommer att utbildas och göras delaktiga i IBIC, en delaktighet som kommer att stärka uppbyggnaden av målarbetet kopplat till brukarens individuella mål.

3. Säkerställa att erfarenheter, såväl goda exempel som avvikelser, från en enhet delas med övriga enheter i erfarenhetsutbyte och samverkan, allt för att utveckla kvaliteten.

Alla relevanta avvikelser för verksamhetsområdet Särskilt boende tas upp på verksamhetsrådets ledningsgrupp för ett gemensamt lärande och diskussioner. Arbets sättet är etablerat och kommer att fortgå.

Fler rapporter och uppföljningar dokumenteras i IT-ledningsstödet Stratsys och där finns möjligheter att vid behov upprätta handlingsplaner och få påminnelser för uppföljning av dessa. Systemet är transparent så att enheter och verksamheter kan ta del av varandras resultat vilket ökar möjligheten att ta del av de goda exemplen. Det gemensamma systemet och arbets sättet kommer att vidareutvecklas under året.

Planering 2019

Vidareutveckling av det gemensamma biblioteket av riktlinjer och rutiner på Inloggad – där verksamheterna har gemensamma rutiner för te x inflyttning, teamsamverkan, upprättande av genomförandeplan och samverkan m.m. Rutiner kan både vara förvaltningsövergripande eller verksamhetsspecifika.

Utöver den årliga analysen och sammanställningen av avvikelser på alla nivåer kommer verksamhetsområdet Särskilt boende årligen att sammanställa samtliga allvarliga avvikelser HsL, lex Sarah- och lex Maria anmälningar till ett utbildningsmaterial som kommer att ligga till grund för årlig återkoppling och utbildning för samtliga enheter och berörda grupper. Sammanställningen kommer att innehålla händelser, åtgärder och resultat. Alla åtgärdsförslag skall analyseras ur ett verksamhetsperspektiv utifrån behovet av gemensamma rutiner. Detta för att säkerställa risken för att liknande händelse inte sker på en eller flera enhet.



Vård- och omsorgsförvaltningen har lagt till ytterligare en process i Lex Sarah hanteringen som introduceras under våren 2019. Det nya ledet i processen handlar om uppföljning av åtgärdernas effekter. Syftet är att lokalisera att verksamheterna arbetar med rätt åtgärder samt att skapa ett lärande i hela organisationen.

Under 2019 kommer utvalda nyckelpersoner på samtliga särskilda boenden att genomgå särskild utbildning i avvikelshantering. Det är viktigt att medarbetarna förstår vikten och syftet med avvikelshantering. Fokus kommer därför att ligga på varför och när man rapporterar. Nyckelpersonerna kommer att med stöd av kvalitetsutvecklare därefter vidare att utbilda medarbetarna på respektive enhet.

Den omfattande kvalitetsuppföljningen som genomfördes under 2018 och den fortsatta uppföljningen av dokumentationen har gett underlag till diskussioner och erfarenhetsutbyte som används aktivt i verksamheterna. Här finns flera goda exempel. Verksamhetsområdet kommer att fortsätta med jämförelser och genomlysningar för de enheter som har goda resultat. Dessa kommer att ligga som grund för gemensamt utvecklingsarbete. Två planeringsdagar om året kommer att ha fokus utifrån erfarenhetsutbyte och jämförelser. Verksamhetsområdet har ledningsgrupp var 14 dag var av varannan gång är det heldag och där eftermiddagens är avsatt för olika förändringsarbete.

Ledningsgruppen inom särskilt boende för äldre har exempelvis arbetat fram gemensamma rutiner och stödmaterial för teamarbete, rutiner och standards för ekologiska livsmedel, samt gemensamma rutiner för när en brukare flyttar in med mera.

Anna Borgius
Förvaltningsdirektör

Veronica Welin
Verksamhetschef

Susanne Berg
Kvalitetschef