



LUND Kommunrevisionen

2014-01-15
Vård- och omsorgsnämnden
För kännedom:

Kommunstyrelsen
Kommunfullmäktige

Granskning av den faktiska kvaliteten inom äldreomsorgen

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lunds kommun har PwC granskat den faktiska kvaliteten inom äldreomsorgen. Granskningens revisionsfråga har varit om vård- och omsorgsnämnden säkerställer att brukaren erhåller en god kvalitet i den äldreomsorg som har beviljats?

Efter avstämning av kvalitetsindikatorer och genomgång av granskningens samtliga kontrollmål konstaterar vi att det, även om en förbättring kan ses bl.a. i brukarenkät 2013, finns brister i måluppfyllelse vad gäller den faktiska kvaliteten.

Samtidigt vill vi lyfta fram att våra intervjuer med brukarna på äldreboendena och anhöriga till brukare vittnar om att kvaliteten på boendena upplevs hålla en relativt hög nivå. Detta bekräftas också av våra besök och kontroller på äldreboendena där vi bl a kan konstatera att städningen av allmänna utrymmen och särskilda bostäder samt matsituationen håller en relativt hög nivå.

Vår sammanfattande bedömning är att nämnden till viss del säkerställer att brukaren erhåller en god kvalitet i den äldreomsorg som har beviljats. Det finns brister och utvecklingsområden som bör uppmärksammas.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- Skapa en bättre dialog om förbättringsåtgärder genom att kvalitetsenheten får i uppdrag att följa upp verksamheten genom platsbesök och granskning av verksamheten.
- Med utgångspunkt från resultatet i genomförda brukarundersökningar ställa krav på verksamheten kring åtgärder på områden med förbättringsbehov samt följa upp effekterna av åtgärder genom kompletterande brukarundersökningar på vissa områden.
- Genomföra uppföljning av verksamheten på likartat sätt oavsett driftsform.
- Överväga en målsättning avseende hälso- och sjukvårdsinsatser för att minimera vårdskador eller felaktig behandling.
- Intensifiera utvecklingsarbetet avseende genomförandeplaner då det brister vad gäller planernas aktualitet, mål för insatserna samt anhörig/brukares delaktighet.
- Uppdatera och komplettera kvalitetsledningssystemet samt säkerställa att avvikelseregistrering enligt SoL förbättras.





LUND Kommunrevisionen

- Beakta de brister som framkommit vad gäller brukarnas synpunkter på verksamheten.

Svar på revisionsrapportens synpunkter önskas av vård och omsorgsnämnden före den siste april 2014.

FÖR LUNDS KOMMUNS REVISORER

Lars Trägen, Ordförande



Revisionsrapport

Granskning av den faktiska kvaliteten inom äldreomsorgen

Lunds kommun

Jean Odgaard

Certifierad kommunal revisor

Adrian Göransson

revisionskonsult

Christel Eriksson

Certifierad kommunal revisor

December 2013

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
1. Inledning	2
1.1. Bakgrund	2
1.2. Uppdrag och revisionsfråga	2
1.3. Revisionskriterier	3
1.4. Avgränsning, metod och genomförande	3
2. Utgångspunkter	5
3. Granskningsresultat	6
3.1. Organisation	6
3.1.1. Nämndens organisation.....	6
3.1.2. Verksamhetens mål, värdegrund och värdighetsgarantier	6
3.2. Nämndens arbete med ledningssystem	8
3.3. Kvalitetsuppföljning av verksamheten.....	9
3.4. Kvalitetsarbetet inom verksamhetsområde Särskilt boende för äldre.....	10
3.5. Kvalitet inom äldreomsorgen	12
3.5.1. Inledning.....	12
3.5.2. Vård- och omsorgsnämndens mål.....	12
3.5.3. Värdighetsgarantier	13
3.5.4. Resultat från Öppna jämförelser 2012	14
3.5.5. Granskning av genomförandeplaner.....	16
4. Revisionell bedömning	18
4.1. Sammanfattande bedömning	18
4.2. Rekommendationer.....	20

Bilaga Kvalitetsindikatorer

Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lunds kommun har PwC granskat den faktiska kvaliteten inom äldreomsorgen. Granskningens revisionsfråga har varit: *Säkerställer Vård- och omsorgsnämnden att brukaren erhåller en god kvalitet i den äldreomsorg som har beviljats?*

Definitionen av kvalitet är att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om socialtjänst och hälso- och sjukvård. Efter avstämning av kvalitetsindikatorer och genomgång av granskningens samtliga kontrollmål konstaterar vi att det, även om en förbättring kan ses bl.a. i brukarenkät 2013, finns brister i måluppfyllelse vad gäller den faktiska kvaliteten.

Samtidigt vill vi lyfta fram att våra intervjuer med brukarna på äldreboendena och anhöriga till brukare vittnar om att kvaliteten på boendena upplevs hålla en relativt hög nivå. Detta bekräftas också av våra besök och kontroller på äldreboendena där vi bl a kan konstatera att städningen av allmänna utrymmen och särskilda bostäder samt matsituationen håller en relativt hög nivå.

Vår **sammanfattande bedömning** är att nämnden till viss del säkerställer att brukaren erhåller en god kvalitet i den äldreomsorg som har beviljats. Det finns brister och utvecklingsområden som bör uppmärksammas.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi Vård- och omsorgsnämnden att:

- Skapa en bättre dialog om förbättringsåtgärder genom att kvalitetsenheten får i uppdrag att följa upp verksamheten genom platsbesök och granskning av verksamheten.
- Med utgångspunkt från resultatet i genomförda brukarundersökningar ställa krav på verksamheten kring åtgärder på områden med förbättringsbehov samt följa upp effekterna av åtgärder genom kompletterande brukarundersökningar på vissa områden.
- Genomföra uppföljning av verksamheten på likartat sätt oavsett driftsform.
- Överväga en målsättning avseende hälso- och sjukvårdsinsatser för att minimera vårdskador eller felaktig behandling.
- Intensifiera utvecklingsarbetet avseende genomförandeplaner då det brister vad gäller planernas aktualitet, mål för insatserna samt anhörig/brukares delaktighet.
- Uppdatera och komplettera kvalitetsledningssystemet samt säkerställa att avvikelseregistrering enligt SoL¹ förbättras.

¹ Socialtjänstlagen.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det finns krav på riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet och dokumentationsskyldighet. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter kan förebyggas.

Av Socialstyrelsens Öppna Jämförelser framgår att den andel brukare som uppger att personalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid för att utföra arbetet är lägre i Lunds kommun i jämförelse med riket. Motsvarande uppgift föreligger när det gäller bemötande och upplevelsen av trygghet i särskilt boende.

Vård- och omsorgsnämnden har utifrån fullmäktiges mål beslutat om mål för verksamheten. Av dessa mål framgår bland annat att brukarna ska ha stor påverkan på innehållet i och utformningen av den vård och omsorg, stöd och service han eller hon har behov av samt att verksamheten ska utföras så att brukarna är nöjda. Vidare ska närståendes och intresseorganisationernas kunskap och engagemang tillvaratas. Revisorerna granskade år 2011 äldreomsorgen med fokus på det sociala innehållet i verksamheten. Under år 2012 granskades kvalitetsarbetet avseende särskilda boenden inom äldreomsorgen.

1.2. Uppdrag och revisionsfråga

Granskningen ska besvara följande revisionsfråga: *Säkerställer Vård- och omsorgsnämnden att brukaren erhåller en god kvalitet i den äldreomsorg som har beviljats?*

Följande kontrollmål ingår i granskningen:

- Nämndens uppföljning av kvaliteten i verksamheten är tillräcklig.
- Kvalitetsuppföljningen leder till att åtgärder vidtas för att förbättra kvaliteten i verksamheten.
- Nämnden säkerställer att den äldreomsorg som bedrivs sker i enlighet med beslutade mål.
- Verksamheten omfattas av ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

1.3. Revisionskriterier

- Socialtjänstlagen.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Fullmäktiges mål för vård- och omsorgsverksamheten samt Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsmål.

1.4. Avgränsning, metod och genomförande

Med äldreomsorg avses i denna granskning verksamhet inom särskilt boende. Granskningen avgränsas till vård- och omsorgsförvaltningen avseende övergripande styrning och uppföljning av äldreomsorgsverksamheten. Verifiering av nämndens styrning och uppföljning görs inom fyra särskilda boenden, varav två privata. Granskade boenden har varit Reimersdal, Linelyckan, Solbacken och Björkbacken.

För att ha en uppfattning om den faktiska kvaliteten i verksamheten har vi sammanställt kvalitetsindikatorer. Flera av kvalitetsindikatorerna bygger på brukarundersökningar via enkäter. Enkätundersökningar ger ofta en förenklad bild av en långt mer komplex verklighet. Kvalitetsindikatorerna har kompletterats med intervjuer med brukarna från de fyra granskade enheterna.

Granskningen omfattar dokumentstudier, intervjuer samt granskning av genomförandeplaner. Dokumentgranskning har genomförts av nämndens styrdokument, ledningssystem och uppföljning av verksamheten. Vidare har granskning skett av lokala rutiner och den uppföljning som har genomförts. Exempel på dokument som har granskats är Patientsäkerhetsberättelse, Kvalitetsberättelse, Redovisning av avvikelser samt Uppföljning av aktuella genomförandeplaner. Ett urval personakter per boende har granskats avseende förekomst av genomförandeplan. Sammantaget har 20 genomförandeplaner granskats.

Intervjuer har genomförts med förvaltningschef, verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och kvalitets- och uppföljningsstrateg. Intervjuer har också genomförts med ledning och personal för respektive särskilt boende. Sammantaget har 23 medarbetare inom organisationen intervjuats. En gruppintervju har genomförts med ett urval anhöriga och brukare från Linelyckan.

Granskningen har kompletterats genom djupintervjuer med ett urval brukare från de fyra boenden som omfattas av granskningen. Syftet med intervjuerna har varit att fånga upplevd kvalitet. Sammantaget har 19 brukare och 3 anhöriga intervjuats.

Granskningen kompletterades i slutfasen med en fördjupning inom hälso- och sjukvårdsområdet kring fallskador samt kring kontaktmannaskap, måltider, städning och aktiviteter/utevistelse. I denna del intervjuades enhetschefer samt sjuksköterskor (på vissa enheter även sjukgymnast och arbetsterapeut). Resultat av denna komplettering återfinns i nedan angivna bilaga. I samband med kompletterande

granskningen offentliggjordes resultatet av Socialstyrelsens (SoS) nationella brukarenkät som genomförts under perioden april-juni 2013. Rapporten kompletterades med resultatet ur denna och detta återfinns i tabeller på sidan 16-17.

För granskade enheter har aktuella kvalitetsindikatorer sammanställts och redovisas i **bilaga**. Granskningen har genomförts under perioden mars – oktober 2013 med viss komplettering under december 2013.

Rapporten har sakgranskats av berörda tjänstemän.

2. Utgångspunkter

Socialtjänstlagen (5 kap 4-5§§) anger kvalitetskriterier för kommunens tjänster avseende äldreomsorgen, vilket gäller för både offentlig och privat regi. Lagstiftningen har inte exakt fastställt innebörden av kvalitet men nämner väsentliga faktorer för äldre i kommunens omsorg såsom att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande, aktiv och meningsfull tillvaro tillsammans med andra människor, stöd och hjälpmedel samt att kunna påverka hur och när detta ska ges.

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Författningen trädde i kraft 1 januari 2012 och ersatte då tidigare föreskrifter². Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet ska den som bedriver socialtjänst planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Ledningssystemet ska innehålla beskrivning av:

- Processer och rutiner
- Samverkan

Under avsnittet ”systematiskt förbättringsarbete” finns krav på riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet och dokumentationsskyldighet.

Av socialstyrelsens handbok³ framgår att hälso- och sjukvård och socialtjänst är komplexa verksamheter och att det därför behövs ett kvalitetsledningssystem för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna. Ledningssystemet är ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten. Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter kan förebyggas.

Det är vårdgivaren, eller den som bedriver socialtjänst, som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

² SOSFS 2005:12 och SOSFS 2006:11.

³ Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsen 2012.

3. Granskningsresultat

3.1. Organisation

3.1.1. Nämndens organisation

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för vård och omsorg till äldre personer. Särskilt boende beviljas personer som har ett omfattande behov av omvårdnad och/eller stöd. Det finns 18 särskilda boenden för äldre i Lunds kommun varav 12 drivs i intern regi. Av dessa utgör 43 % enheter för personer med demenssjukdom. År 2008 konkurrerades ut sex äldreboenden sedan dess på entreprenad. Nämndens ambition är att skapa lika förutsättningar för utförare i såväl intern som extern verksamhet.

Vård- och omsorgsförvaltningen leds av en förvaltningschef. Inom den gemensamma administrationen finns en enhet för kvalitet och uppföljning. Enheten ansvarar på uppdrag av förvaltningsledning för den kvalitativa uppföljningen av all verksamhet, såväl intern som extern, som bedrivs inom nämndens verksamhetsområde. Därutöver ansvarar enheten för uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser på uppdrag av MAS. Det finns en samlad myndighetsfunktion som ansvarar för utredning och beslut om insatser enligt SoL. Det åligger också myndighetsfunktionen att följa upp besluten på individnivå, systematisera uppföljningen och rapportera till förvaltningsledning så att fel kan åtgärdas.

Den interna utförarverksamheten leds av en verksamhetschef. Respektive särskilt boende leds av en enhetschef. Sjuksköterskorna finns organiserade inom respektive boende. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter är organiserade inom rehab enheten. Den 1 oktober 2012 bodde 792 personer permanent i särskilt boende. Av dem bodde 537 i särskilt boende som drivs i intern regi, 236 i extern regi och 19 personer bodde i enskilt vårdhem i annan kommun.

3.1.2. Verksamhetens mål, värdegrund och värdighetsgarantier

Kommunfullmäktige har angivit mål för vård och omsorgsverksamheten. Vård- och omsorgsnämnden har beslutat om mål och indikatorer/nyckeltal för verksamheten. Nämnden har vidare tagit beslut⁴ om värdegrund och värdighetsgarantier för den som söker om eller redan bor i särskilt boende. Av tabell på nästkommande sida framgår mål och garantier för verksamheten.

⁴ Vård och omsorgsnämnden 2012-02-15 § 20

Kommunfullmäktiges mål	Vård- och omsorgsnämndens mål	Värdighetsgarantier
<p>Vård och omsorgsnämndens verksamheter ska erbjuda individanpassad vård, omsorg, stöd och service som ger möjlighet till god livs-kvalitet. Vården och omsorgerna ska ge förutsättningar för ett aktivt och innehållsrikt liv med möjlighet till social gemenskap.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brukarna ska ha stor påverkan på innehållet i och utformningen av den vård och omsorg, stöd och service han eller hon har behov av. 	<ul style="list-style-type: none"> - När du ansökt om hjälp erbjuds du ett personligt möte med en biståndshandläggare inom 14 dagar. När du ansökt om särskilt boende behandlas din ansökan skyndsamt och du får ett skriftligt beslut inom 30 dagar. Du får ett erbjudande om inflyttning inom 90 dagar när din ansökan är beviljad.
<p>Vård och omsorgsnämndens verksamheter ska kännetecknas av delaktighet, valfrihet, flexibilitet och kvalitet med respekt för den enskildes integritet och självbestämmande och ge förutsättningar för ett värdigt liv.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verksamheten ska utföras så att brukarna är nöjda 	<ul style="list-style-type: none"> - Målet är att du ska leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. När du flyttar in på särskilt boende får du både muntlig och skriftlig information om verksamheten eller boendet samtidigt som du erbjuds ett samtal där ni tillsammans kommer överens om hur och när du vill ha din hjälp.
<p>Vård och omsorgsnämndens verksamheter ska vara attraktiva arbetsplatser med kompetenta och engagerade medarbetare som ges möjlighet till karriärutveckling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verksamheten ska erbjuda ett varierat utbud av tjänster för att underlätta möjligheterna att bo kvar hemma även vid omfattande behov. Förebyggande verksamhet och anhörigstöd ska vara viktiga inslag. • Medarbetarnas olika kompetenser ska motsvara verksamhetens behov. • Arbetsplatsen ska präglas av motiverade medarbetare som har ett medskapande förhållningssätt. • Närståendes och intresseorganisationernas kunskap och engagemang ska tillvaratas. • Brukarens möjlighet att välja andra utförare ska utvecklas genom att erbjuda tjänster, där resurserna följer brukarens val. Ytterligare inriktningar och vårdfilosofier möjliggörs genom att utveckla en "utmaningsrätt" inom nämndens verksamhetsområde. • Verksamheten ska bedrivas med så liten negativ miljö- och klimatpåverkan som möjligt. • Resurserna ska fördelas efter behov och användas med iakttagande av god ekonomisk hushållning. 	<ul style="list-style-type: none"> - Du erbjuds en kontaktman inom 14 dagar, från hjälpen eller din vård påbörjats, som tillsammans med dig planerar hur din dag ska se ut. - Du erbjuds att delta i minst två gemensamma aktiviteter på vardagar och en planerad aktivitet på helgen. Aktiviteterna planeras utifrån de boendes önskemål och förutsättningar. - Du har möjlighet att minst två gånger i veckan, under en timme, välja vad du vill göra tillsammans med din kontaktman. - Du erbjuds minst en gång i veckan hjälp och stöd eller sällskap för att gå ut på promenad. Personalen försöker så långt det är möjligt tillgodose dina önskemål om dag och tid. - Maten serveras i en trivsamt och lugn miljö. Du bestämmer själv om du vill äta i din lägenhet eller tillsammans med de andra i den gemensamma matsalen. Blir du hungrig eller sugen på något att äta efter kvällsmaten erbjuds du något lättare, till exempel en smörgås eller motsvarande. • Du får, om du vill, vårdas på ditt boende i livets slutskede. Du får smärtstillande läkemedel vid behov och du lämnas inte ensam. Dina anhöriga kommer att erbjudas stöd.

Av intervjuerna med förvaltningens tjänstemän framgår att en del av indikatorerna behöver utvecklas. Exempelvis mäts mål och delaktighet utifrån andel brukare som har en aktuell genomförandeplan som är upprättad tillsammans med brukaren och/eller närstående och dokumenterad i Procapita. Det finns således flera delar i en indikator vilket gör den svår att stämma av.

3.2. Nämndens arbete med ledningssystem

Det finns ett kvalitetsledningssystem för vård- och omsorgsverksamheten i Lunds kommun. Av intervjuerna med tjänstemännen framgår att delar av ledningssystemet behöver revideras. Ledningssystemet finns tillgängligt på förvaltningens intranät och det pågår ett arbete med att tydliggöra de viktigaste processerna.

Det finns en upprättad tidplan för uppföljning och verksamhetsplanering som bland annat omfattar verksamhetsredovisning, kvalitetsredovisning, patientsäkerhetsberättelse, nationella uppföljningar och lokala uppföljningar.

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete sammanställer och analyserar förvaltningens verksamheter årligen alla avvikelser. I sammanställningen⁵ konstateras att förvaltningen inte har några övergripande mål att jämföra resultatet med. Inom Särskilt boende registrerades 81 SoL avvikelser och 28 klagomål och synpunkter⁶. Under perioden gjordes åtta Lex Sarah rapporteringar (varav fem inom egen regi). I sammanställningen konstaterar verksamhetschefen inom egen regi att såväl avvikelser som klagomål ökat marginellt jämfört med föregående år. Däremot har antalet Lex Sarah rapporteringar ökat från två till fem vilket ses som positivt då det kan tyda på att medarbetare vet vad brister i omvårdnad och bemötande är och våga påtala dessa. Av intervju framgår att det rör sig om brister vad gäller bemötande.

Av senast upprättad Patientsäkerhetsberättelse⁷ framgår att när det gäller HSL-avvikelsena inom egen regi är fallavvikelser fortfarande den vanligaste avvikelsen och dessa har ökat marginellt sedan föregående år. Antalet läkemedelsavvikelser har minskat påtagligt mellan åren 2011 och 2012. I rapporten anges att detta kan tyda på att det förbättringsarbete som påbörjades år 2011 har gett resultat. Antalet avvikelser är dock fortfarande allt för många och framförallt när det gäller ”utebliven dos” vilket medför att brukaren riskerar att inte få den medicin han eller hon blivit ordinerad.

Kvalitetssäkerhetsberättelsen⁸ innehåller en beskrivning av hur kvalitetsarbetet har bedrivits under året, vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts.

Av intervjuer med enhetschefer framgår att dessa har en viss uppfattning om ledningssystemet och dess innehåll. Det finns en kunskap om att styrdokument och

⁵ Redovisning av avvikelser år 2012, Dnr VOO 2013/0086

⁶ Egen regi svarar för 56 avvikelser och 23 klagomål. Det går inte i statistiken att skilja mellan klagomål och synpunkter.

⁷ Patientsäkerhetsberättelse för vård- och omsorgsförvaltning, År 2012.

⁸ Kvalitetsberättelse, 2012.

exempelvis medicinska rutiner finns tillgängliga på intranätet. Företrädare från entreprenadverksamheten menar att de har tillgång till ett eget kvalitetssystem.

3.3. Kvalitetsuppföljning av verksamheten

Verksamhetens kvalitet och resultat följs upp på olika nivåer.

- Myndighetsenheten följer upp biståndsbeslut på individnivå. Återkoppling ges till verkställande organisation.
- Nämnden följer upp beslutade mål och värdighetsgarantier för verksamheten
- Verksamheten bryter ner och följer upp nämndens mål och värdighetsgarantier
- Verksamheter som bedrivs på entreprenad följs upp utifrån avtal.

Denna granskning har sitt fokus på äldreomsorgens utförande och brukarnas upplevda kvalitet av de insatser som har beslutats. Av de intervjuer som genomförts med enhetschefer/personal framgår att den individuella uppföljningen överlag fungerar väl.

Nämnden har tagit fram en plan för systematisk kvalitetsuppföljning⁹. Av denna plan framgår att kvalitetsuppföljningen dels ska säkerställa att den vård, omsorg, stöd och service som ges svarar upp mot fastställda mål och förväntad kvalitet, dels att säkerställa att verksamheterna utgår ifrån ett evidensbaserat arbetssätt samt följer gällande lagar, förordningar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner. Uppföljningen ska ske på ett likartat sätt oberoende av om verksamheten bedrivs i intern eller extern regi.

Kvalitetsenhetens arbete innebär sammanställning och uppföljning av kvalitetsindikatorer samt särskilda kvalitetsuppföljningsinsatser. Kommunen deltog i ”Kvalitetsnyckeltal för äldreomsorgen” år 2012. Målsättningen med undersökningen, som är frivillig, är att fånga in brukarnära objektiva kvalitetsindikatorer som kan komplettera andra kvalitetsmätningar inom äldreomsorgen. Särskilt boende i Lund har genomgående bättre värden än jämförbara kommuner. Det finns ett nyckeltal med lägre värde; andel boendeplatser där den äldre erbjuds daglig utevistelse.

Vidare genomför kvalitetsenheten tillsammans med MAS avtalsuppföljningar av verksamheter som bedrivs på entreprenad. Åtgärder för att komma till rätta med identifierade brister redovisas i handlingsplan och följs upp.

Av intervjuerna med förvaltningens tjänstemän framgår att kvalitetsenheten har varit underbemannad och att kvalitetschefstjänsten har varit vakant. Ny chef finns på plats sedan maj 2013.

⁹ Fastställt i vård och omsorgsnämnden 2011-12-07.

För den verksamhet som bedrivs på entreprenad finns avtal som regelbundet följs upp. Entreprenörerna lämnar en skriftlig redovisning vad gäller kvalitet och bemanning. Verksamheterna följs upp genom tillsyn och oanmälda besök där företrädare från kvalitetsenhet och MAS deltar.

Av intervjuer med företrädare från verksamhetsområdet framgår att beställarenhetens uppföljning på individnivå av genomförandeplaner uppfattas som konstruktivt och att det finns ett lärande. Kvalitetsenhetens uppföljning uppfattas i större utsträckning som tillsyn och en sammanställning av data. Det uppges att det saknas utveckling av verksamheten på förvaltningsnivå. Den uppföljning som sker inom verksamhetsområdet uppges leda till kvalitetsuppföljning. Det finns exempel på att uppföljning leder till en förbättrad kvalitet. Genomförandeplanerna har blivit bättre och HSL-dokumentationen har utvecklats. Kvalitetsenheten har också utvecklats över tid och uppges idag vara mera av ett stöd för verksamheten än tidigare.

Granskad entreprenadverksamhet har en intern kvalitetsgranskning inom ramen för kvalitetssystemet, Qvalimax.

Uppföljningen av verksamheten anses vara tillräcklig. Enstaka händelser av negativ karaktär kan fortfarande inträffa i verksamheten oberoende av uppföljningen. Det finns system i form av avvikelshantering och Lex Sarah för att hantera oönskade händelser.

3.4. Kvalitetsarbetet inom verksamhetsområde Särskilt boende för äldre

Inom verksamhetsområdet sker ett arbete med uppföljning av nämndens mål. Gemensamma mål finns nedbrutna på enhetsnivå. Under år 2013 har värdighetsgarantierna integrerats i detta arbete. Verksamhetsberättelse för år 2012 finns upprättad på verksamhetsområdesnivå och på enhetsnivå. I dessa dokument sker avstämning av mål och värdighetsgarantier för verksamheten. Utöver detta kan enheterna ha ytterligare mål.

Kvalitetsarbetet inom verksamhetsområdet sker med utgångspunkt från föregående års måloppfyllelse. Olika förbättringsområden identifieras. Det sker arbeten kring exempelvis HSL-dokumentation, palliativ vård, utbildning och rekryteringsfrågor. Arbetet styrs från verksamhetsområdets ledningsgrupp och kvalitetsutvecklare tillsammans med enhetschefer driver frågorna. Personalen engageras främst genom arbetsplatsträffar och planeringsdagar. Vidare finns olika ansvarsområden där personal kan engageras mera.

Av intervjuerna framgår att det finns olika sätt att tillvarata brukarnas synpunkter på innehållet och utformningen av vård och stöd. En genomförandeplan utarbetas tillsammans med personal och brukare/anhörig. Brukaren tilldelas en kontaktman och denne ansvarar för revidering av genomförandeplanen. Det finns klagomålshantering och brukarundersökningar.

Vård och omsorgsförvaltningen genomförde en brukarundersökning i särskilt boende för äldre år 2011. Detta är också den senaste brukarundersökningen som finns att tillgå på enhetsnivå. I denna tillfrågades inte de brukare som hade beslut om demensboende samt brukare som enligt förvaltningens vårdbehovsbedömning, avseende mental status, inte bedömdes kunna besvara frågorna. En ny undersökning kommer att genomföras under hösten 2013. Resultatet av brukarundersökningen sammanställs på kommunnivå och enhetsnivå. Förbättringsområden identifieras. Av undersökningen framgick sammanfattningsvis att vård och omsorg i särskilt boende upplevs som positivt. Av brukarna var 81 % som helhet mycket nöjda med verksamheten. Det område som bedömdes ha störst utvecklingsområde var brukarens påverkansmöjlighet. Det fanns också skillnader mellan de olika boendena.

Socialstyrelsen brukarundersökning från år 2012 ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” är inte redovisad på enhetsnivå. Resultaten från denna undersökning återfinns i Öppna jämförelser vilket redovisas under *avsnitt 3.5.4*. En ny undersökning har genomförts under maj – juni och redovisades i november 2013. Denna brukarundersökning kan brytas ned på enhetsnivå. Resultatet av 2013 års brukarundersökning redovisas under i tabell i avsnitt 3.5.4.

Av Socialstyrelsens rapport 2012 framgår att undersökningen visar på att det finns förbättringsområden. Rapportförfattarna menar att det är en signal att ta på allvar att 3 procent av de äldre som bor i särskilt boende svarar att de känt sig kränkta av personal flera gånger det senaste året. Ungefär 16 procent uppger att det har hänt någon gång. Samtidigt är det svårt att veta vad siffrorna står för. Kränkthet är ett begrepp som kan tolkas olika och därmed ha olika betydelse i förhållande till den enskilda personen. För Lunds kommun är uppgifterna 3 % respektive 26 %. Dessa frågor finns inte med i den brukarenkät som genomförts 2013.

Inom Egen-regi har en anhörigundersökning genomförts under våren 2013. En enkät med sex frågor skickades ut till anhöriga med frågor. Av 543 boende inkom 367 enkätsvar. Enkäten visar att de anhöriga generellt sett är nöjda. De områden där resultatet är mindre positivt avser den anhöriges möjlighet att vara delaktig och om den närstående får möjlighet till ett varierat utbud av aktiviteter.

Av intervjuerna framgår att flertalet menar att rutinen för avvikelshantering gällande hälso- och sjukvård fungerar relativt väl. Det finns en process för lärande och återkoppling sker på arbetsplatsträff. Det skrivs för få avvikelser enligt SoL. Orsaken till detta uppges bero på att rutinen är relativt ny. Vid någon intervju framkom att det inte ges tillräckligt med återkoppling genom avvikelserna för att förändra verksamheten.

3.5. Kvalitet inom äldreomsorgen

3.5.1. Inledning

Av intervjuer med förvaltningsledning och verksamhetschef framgår att det har skett ekonomiska neddragningar i verksamheten vilket också avspeglas i en upplevelse av att personalen har mindre tid för brukaren.

För att beskriva verksamhetens kvalitet utgår vi ifrån ett urval av nämndens mål och värdighetsgarantier. Respektive mål kommenteras utifrån nämndens uppföljning av verksamheten samt intervjuer. Avsnittet innehåller även en redovisning av resultat från Öppna jämförelser samt en redovisning av den granskning som genomförts av genomförandeplaner.

För att erhålla aktuella resultat från granskade enheter har en enkel enkätundersökning genomförts vad gäller självskattning avseende värdighetsgarantierna. Vidare har intervjuer med brukare genomförts. Dessa aktuella uppgifter redovisas i *bilaga Kvalitetsindikatorer*.

3.5.2. Vård- och omsorgsnämndens mål

Brukarnas påverkansmöjligheter

Kvalitetskriterier: Förekomst av aktuella genomförandeplaner, Mål om täckningsgrad i Svenska Palliativregistret

Nyckeltal: 95 %, 100 %

Resultat 2012: 78 % Av uppföljningen framgår att alla brukare har en skriftlig genomförandeplan och flertalet har upprättats tillsammans med brukaren och/eller närstående. Det som brister är att planen inte finns inlagd i Procapita och att den inte har blivit uppdaterad i tid.

Av intervjuer med tjänstemän inom förvaltningsledningen framgår att det finns en uppfattning om att många av de befintliga genomförandeplanerna är att betrakta som arbetsplaner.

Av intervjuer med enhetschefer och personal framgår att arbetet med genomförandeplaner fungerar relativt väl. Brukarna uppges vara delaktiga. Några framför att det är svårt att formulera mål för insatserna.

Mål om täckningsgrad i Svenska palliativregistret har inte heller uppnåtts. Samtliga verksamheter är anslutna till registret. Vid mättillfället uppnådde Lunds kommun drygt 32 %.

Nöjda brukare

Kvalitetskriterier: Nöjdhetsgrad, följs via Socialstyrelsens nationella brukarundersökning

Nyckeltal: Ökning jämfört med år 2011

Resultat 2012: 79 %. Jämförelser med tidigare års resultat är inte möjligt då enkätfrågor och redovisningssätt har ändrats. De flesta uppger att personalens bemötande är bra och att förtroendet för personalen är högt. Förbättringsområden finns.

Av den uppföljning som genomförs inom intern regi sker en kontroll av signeringslistor om brukaren bereds möjlighet till utevistelse minst en gång i veckan samt egen tid två gånger i veckan. Målsättningen uppnås inte då 70 % får utevistelse samt 63 % erhåller egen tid.

Av intervjuerna framgår att personal från flera enheter menar att de har för lite tid för brukarna. Dementa brukare blir oroliga då personalen stressar. Någon enhet framför också att måltidssituationen kan förbättras och att brukarna bör få mer tid för utevistelse. Av intervju med anhöriga och brukare framgår att det finns en upplevelse av att personalen är stressad kvällstid. Det finns också synpunkter vad gäller maten.

Medarbetarnas kompetens

Kvalitetskriterier: Spetskompetens inom särskilt boende för äldre

Nyckeltal: Antal äldrepedagoger och undersköterskor med Silviasysterutbildning

Resultat 2012: Av redovisningen framgår att spetskompetens inom särskilt boende för äldre har förbättrats/uppfyllts.

Av den uppföljning som genomförs inom intern regi framgår att alla medarbetare har en årlig kompetensutvecklingsplan upprättad.

Närstående och intresseorganisationer

Nyckeltal: > 1 anhörigträff/enhet/år

Resultat 2012: 100 %. Samtliga enheter anordnar minst en anhörigträff per år, oftast två.

Av den uppföljning som genomförs inom intern regi sker bland annat kontroll av om samtliga enheter har en aktuell skriftlig information om sin verksamhet.

Av intervjuerna framgår att enheterna genomför anhörigträffar och att det finns samarbete med bland annat Svenska kyrkan. Någon enhet framför att det är svårt att rekrytera deltagare till närstående råd.

3.5.3. Vårdighetsgarantier

Utifrån redovisade verksamhetsberättelser från år 2012 framgår att vårdighetsgarantin i vissa delar uppfylls, och att det finns förbättringsområden.

Samtliga enheter inom egen-regi har stora svårigheter att leva upp till garantin avseende egen tid tillsammans med kontaktman. Verksamhetsområdet klarar inte heller garantin vad gäller erbjudan om promenad/utevistelse.

Företrädare för Reimersdal menar att verksamheten erbjuder aktiviteter och promenader. Det förekommer dock att brukare avböjer detta. Det finns heller inte tillgång till personal för att för att erbjuda brukaren tid med kontaktman i enlighet med garantin. Ett annat problem är att det saknas tillgång till en gemensam lokal för aktiviteter. Matsituationen kan också förbättras. Det är svårt på en demensavdelning. Företrädare för Linelyckan menar att också att det är svårt att erbjuda egen tid med kontaktman.

Granskade entreprenader klarar eller är på god väg att klara garantin. Svårigheterna finns i första hand inom garantin avseende egen tid tillsammans med kontaktman.

Svårigheter vad gäller tid tillsammans med kontaktperson bekräftas också vid intervjuerna med anhöriga och brukare. De menar vidare att det inte förekommer så mycket planerade aktiviteter på helgerna.

3.5.4. Resultat från Öppna jämförelser 2012

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen presenterar årligen en rapport över vård och omsorg om äldre. Rapporten är en indikatorbaserad jämförelse av vård och omsorg om äldre. Rapporten innehåller 35 olika indikatorer. I rapporten poängteras att uppgifterna inte beskriver allt som kan vara av betydelse att veta. Många kvalitetsaspekter går inte att mäta eller redovisa genom statistik.

Nämnd och förvaltningsledning tar del av den årliga redovisningen av Öppna jämförelser. Det finns ingen särskild aktivitet kopplat till publiceringen av resultatet.

Nedan redovisas ett urval indikatorer och bakgrundsvariabler med bäring på granskningsområdet och revisionsfrågan. Redovisningen har även kompletterats med resultat från Socialstyrelsens brukaundersökning under våren 2013 (publicerad november 2013).

Kvalitetsindikatorer

Indikator	Beskrivning	Resultat 2012	Riket	Resultat 2013 (Lund)
Tillräckligt med tid.	Andel som uppger att personalen alltid eller oftast har tillräckligt med tid att utföra arbetet.	55 %	70 %	70 %
Möjlighet påverka tider	Andels om uppger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen.	52 %	56 %	57 %
Hänsyn till åsikter och önskemål	Andel som uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål.	74 %	79 %	76 %
Information om förändringar	Andel som uppger att personalen alltid eller oftast informerar om tillfälliga förändringar	41 %	46 %	42 %
Bemötande	Andel som uppger att personalen alltid bemöter dem på ett bra sätt	50 %	57 %	61 %
Trygghet	Andel som uppger att det känns mycket tryggt att bo i särskilt boende	41 %	49 %	48 %
Trivsamma gemensamma utrymmen	Andel som uppger att det är trivsamt i de gemensamma utrymmena på boendet	59 %	64 %	65 %
Mat och måltidsmiljö	Andel som uppger att a) maten smakar mycket eller ganska bra, b) måltiderna alltid eller oftast är trevliga	a) 71 % b) 60 %	a) 75 % b) 68 %	a) 75 % b) 65 %
Utevistelse och sociala aktiviteter	Andel som uppger att a) det är mycket eller ganska bra möjlighet att komma utomhus, b) de är nöjda med aktiviteterna som erbjuds	a) 64 % b) 58 %	a) 59 % b) 60 %	a) 71 % b) 61 %
Tillgång till sjuksköterska	Andel som uppger att det är mycket eller ganska lätt att vid behov träffa sjuksköterska	73 %	77 %	77 %
Särskilt boende i sin helhet	Andel som sammantaget är mycket eller ganska nöjda med sitt särskilda boende	79 %	80 %	82 %

Bakgrundsindikatorer¹⁰

Indikator	Lunds kommun	Riket	Lund 2013
<i>Särskilt boende, kostnad per brukare, Kronor per invånare 65 år och äldre</i>	605 514	565 904	
<i>Andel som uppger att de har mycket god eller ganska god hälsa, 65 år och äldre</i>	23 %	24 %	25 %
<i>Andel som uppger att de har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, 65 år och äldre</i>	16 %	13 %	13 %

Kommentar: Som framgår ovan kan en förbättring ses i resultatet 2013 jämfört med 2012. Dock finns ytterligare förbättringspotential på flera områden.

3.5.5. Granskning av genomförandeplaner

Granskning av genomförandeplaner har genomförts på så sätt att 20 brukare (fem per granskad enhet) har valts ut¹¹. Aktgranskningen har omfattat följande:

- Förekomst av genomförandeplan
- Dokumentation av plan i Procapita
- Om genomförandeplan är upprättad tillsammans med brukaren och/eller närstående
- Om genomförandeplan är aktuell
- Framgår vilka mål som gäller för insatsen, eller delar av den.

Av aktgranskningen framgår att för samtliga brukare finns en genomförandeplan och denna är dokumenterad i Procapita. Av dokumentationen kan konstateras att endast åtta av tjugo genomförandeplaner har dokumenterats tillsammans med brukare och/eller närstående.

En genomförandeplan är aktuell om den har upprättats inom sex månader eller har följts upp/uppgraderats av utföraren. Sexton av tjugo genomförandeplaner är aktuella. De fyra genomförandeplaner som är inaktuella är försenade med en vecka och upp till två år och två månader.

Vidare har granskats om genomförandeplanen innehåller mål som gäller för insatsen. Sjutton av tjugo genomförandeplaner innehåller en målsättning med insatsen. Flera av planerna saknade en angiven målsättning från biståndshandläggaren.

¹⁰ Uppgifterna avser år 2011. Under rubrik "Lund 2013" anges resultat från SoS brukarenkät våren 2013.

¹¹ Urvalet har skett genom att för respektive enhet identifiera brukare med födelsedatum från och med 1:e maj och därefter framåt.

Handläggarens bedömning är i samtliga fall angiven i enlighet med myndighetsfunktionens PM angående innehåll i bedömning i SoL-dokumentation. Det innebär att den enskildes behov och egna resurser framgår. Vidare vad syftet/målet med insatsen är samt ett resonemang kring att den enskilde tillförsäkras skälig levnadsnivå. Målet med insatserna har i samtliga personakter formulerat i enlighet med riktlinjerna.

Av dokumentationen framgår att det finns ett tydligt uppdrag till utföraren. Beställningen överensstämmer med beslutet. Det finns också datum angivet då verkställigheten startar. Detta har skett i samtliga fall samma dag som beslut förutom ett ärende där det dröjde sex dagar innan trygghetslarm hade installerats. Dokumentationen bedöms vara tillräcklig och väsentlig i samtliga tio granskade akter.

4. *Revisionell bedömning*

Vad är en god kvalitet inom äldreomsorgen? Vid våra intervjuer med chefer och personal framhålls bemötandet och betydelsen av att den enskildes önskemål tas tillvara samt att brukarna ska vara nöjda. Brukare och anhöriga framhåller vikten av att det finns ett gott bemötande från personalen samt en lyhördhet vad gäller brukarens behov. Hälso- och sjukvårdspersonalen betonar att hemsjukvårdsinsatser ska ske med hög grad av evidens och vikten av att ett förändrat hälsotillstånd observeras.¹²

I vård och omsorgsförvaltningens kvalitetsberättelse noteras också att ”många kvalitetsaspekter på vård och omsorg helt enkelt inte går att mäta eller redovisa genom statistik”.

4.1. *Sammanfattande bedömning*

Granskningens revisionsfråga har varit: *Säkerställer Vård- och omsorgsnämnden att brukaren erhåller en god kvalitet i den äldreomsorg som har beviljats?*

Definitionen av kvalitet är att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om socialtjänst och hälso- och sjukvård. Efter avstämning av kvalitetsindikatorer och genomgång av granskningens samtliga kontrollmål konstaterar vi att det, även om en förbättring kan ses bl.a. i brukarenkät 2013, finns brister i måluppfyllelse vad gäller den faktiska kvaliteten.

Samtidigt vill vi lyfta fram att våra intervjuer med brukarna på äldreboendena och anhöriga till brukare vittnar om att kvaliteten på boendena upplevs hålla en relativt hög nivå. Detta bekräftas också av våra besök och kontroller på äldreboendena där vi bl a kan konstatera att städningen av allmänna utrymmen och särskilda bostäder samt matsituationen håller en relativt hög nivå.

Vår **sammanfattande bedömning** är att nämnden till viss del säkerställer att brukaren erhåller en god kvalitet i den äldreomsorg som har beviljats. Det finns brister och utvecklingsområden som bör uppmärksammas.

Nedan sker en avstämning av respektive kontrollmål.

Är nämndens uppföljning av kvaliteten i verksamheten tillräcklig? Leder kvalitetsuppföljningen till att åtgärder vidtas för att förbättra kvaliteten i verksamheten?

Vi bedömer att kvalitetsuppföljningen har inneburit att åtgärder vidtagits för att förbättra kvaliteten i verksamheten. Vi anser dock inte att nämndens uppföljning i alla delar är tillräcklig.

¹² I Patientsäkerhetslagen anges att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det sker en uppföljning av olika kvalitetsindikatorer och uppföljningen av verksamhetens kvalitet sker på olika nivåer. Kvalitetsenheten följer upp måluppfyllelse vad gäller fastställda mål. Det genomförs uppföljning av entreprenadverksamhet utifrån avtal. Återrapportering av måluppfyllelse sker till nämnd. Vidare genomförs riktade insatser inom olika områden. På verksamhetsområdesnivå sker en nedbrytning av nämndens mål och uppföljning av olika indikatorer. Av granskningen framgår att resultatet från uppföljningen leder till olika kvalitets- och utvecklingsarbeten.

Vi uppfattar att det sker en styrning av verksamheten genom uppföljningen. Kvalitetsenheten skulle kunna utveckla uppföljningen i en mer konsultativ riktning genom att komplettera faktainsamlingen med besök/granskning av enheterna i syfte att åstadkomma en bättre dialog om förbättringsåtgärder. Syftet med uppföljningen bör i första hand vara att utveckla verksamheten.

Det finns områden inom uppföljningen som kan utvecklas. Vi menar att nämnden bör ställa krav på åtgärder utifrån bl.a. genomförda brukarundersökningar samt genomföra kompletterande brukarundersökningar på vissa områden för att följa upp effekterna av åtgärder. Senaste brukarundersökningen 2013 ger möjlighet att identifiera resultat på enhetsnivå.

Vi konstaterar att verksamhet i egen regi inte följs upp lika ofta och i lika stor utsträckning som entreprenadverksamhet. Vi menar att uppföljningen bör ske på likartat sätt.

Kvalitetsarbetet har medfört att kvaliteten i delar av verksamheten har förbättrats. Det har skett en utveckling av genomförandeplaner och HSL-dokumentationen har utvecklats.

Säkerställer nämnden att den äldreomsorg som bedrivs sker i enlighet med beslutade mål?

Vi bedömer att nämnden i huvudsak har konkretiserat fullmäktiges övergripande mål och fastställt tydliga mål för kvalitet inom äldreomsorg. Efter att ha granskat kvalitetsindikatorer enligt Öppna Jämförelser samt måluppfyllelse vad gäller nämndsmål och värdighetsgarantier anser vi att nämnden inte fullt ut säkerställer att den äldreomsorg som bedrivs sker i enlighet med beslutade mål.

Kommunfullmäktige har fastställt övergripande mål för verksamheten. Vård- och omsorgsnämnden har brutit ner målen och tagit fram mätbara och uppföljningsbara indikatorer. Det finns också värdegrund och värdighetsgarantier för verksamheten.

Det saknas dock någon form av målsättning för hälso- och sjukvårdsinsatserna inom verksamheten. För att skapa en önskvärd förändring i form av en ökad patientsäkerhet bör nämnden överväga en målsättning inom området för att minimera vårdskador eller felaktig behandling.

Nämnden säkerställer att den äldreomsorg som bedrivs sker i enlighet med beslutade mål och utifrån värdighetsgarantier genom uppföljning av kvalitetsindikatorer. Vid en närmre granskning av dessa kvalitetsindikatorer kan en rad förbättringsområden identifieras. När det gäller förekomst av aktuella genomförandeplaner var målet långt ifrån uppnått för år 2012. Vi kan se en positiv utveckling för år 2013.

Större ansträngningar behöver dock göras så att planerna blir reviderade inom sex månader. En automatisk kontroll i dokumentationssystemet skulle kunna identifiera inaktuella genomförandeplaner. Det finns också indikationer på att det saknas målsättning för beslutad insats. Vår granskning av genomförandeplaner visade på att en majoritet av planerna inte upprättas tillsammans med brukare och/eller närstående.

När det gäller nöjda brukare visar uppgifter från Öppna jämförelser 2012 att andelen brukare som är nöjda eller mycket nöjda befinner sig på riksgenomsnittet. Senaste brukarundersökningen 2013 visar på att det skett förbättring på många områden. Undersökningen 2013 kan brytas ned på enhetsnivå vilket ger möjlighet till fördjupad analys och möjlighet till att vidta riktade åtgärder med särskild kvalitetsuppföljning på enheter med mindre gott resultat. Det är positivt att anhörigundersökningar genomförs där samtliga anhöriga ges möjlighet att lämna synpunkter.

Granskningen visar att det brister vad gäller att ge brukaren egen tid tillsammans med kontaktman. Det finns signaler om att personalen har för lite tid med brukarna. Vidare kan konstateras brister vad gäller erbjudande om promenad/utevistelse. Brukarna lyfter också fram brister vad gäller mat och måltidsmiljö.

Av de intervjuer som genomförts med brukarna anser merparten att personal bemöter brukaren med respekt och värdighet, att påverkansmöjligheten är god samt att man är trygg med den vård och omsorg som ges. Det som brister är upplevelsen av en stimulerande vardag.

Verksamheten omfattas av ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Nämnden har fastställt ett kvalitetsledningssystem och en plan för systematisk kvalitetsuppföljning. Vi bedömer att verksamheten omfattas av ett tillräckligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Delar av ledningssystemet behöver uppdateras och kompletteras.

Ledningssystemet omfattar rutiner för synpunktshantering och avvikelshantering. Av granskningen framgår att rutinen för avvikeleregistrering fungerar relativt väl. Det finns dock ett mörkertal vad gäller avvikelser enligt SoL. Det är också en brist att det inte går att skilja på klagomål och synpunkter när det gäller avvikelser enligt SoL.

4.2. Rekommendationer

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi Vård- och omsorgsnämnden att:

- Skapa en bättre dialog om förbättringsåtgärder genom att kvalitetsenheten får i uppdrag att följa upp verksamheten genom platsbesök och granskning av verksamheten.
- Med utgångspunkt från resultatet i genomförda brukarundersökningar ställa krav på verksamheten kring åtgärder på områden med förbättringsbehov samt följa upp effekterna av åtgärder genom kompletterande brukarundersökningar på vissa områden.
- Genomföra uppföljning av verksamheten på likartat sätt oavsett driftsform.

- Överväga en målsättning avseende hälso- och sjukvårdsinsatser för att minimera vårdskador eller felaktig behandling.
- Intensifiera utvecklingsarbetet avseende genomförandeplaner då det brister vad gäller planernas aktualitet, mål för insatserna samt anhörig/brukares delaktighet.
- Uppdatera och komplettera kvalitetsledningssystemet samt säkerställa att avvikeleregistrering enligt SoL förbättras.

2013-01-15

Jean Odgaard
Projektledare

Lena Salomon
Uppdragsledare



Bilaga) Kvalitetsindikatorer

Inledning

Inom ramen för granskning av den faktiska kvaliteten inom äldreomsorgen har kvalitetsindikatorer sammanställts från fyra särskilda boenden:

- Reimersdal
- Linelyckan
- Solbacken
- Björkbacken

De uppgifter som redovisas är måluppfyllelse avseende värdighetsgarantier per september månad. Här har respektive enhet gjort en självskattning.

Vidare har sammantaget 16 brukare intervjuats. Frågorna har berört sju olika frågeställningar, samt en öppen fråga. Resultatet av dessa intervjuer redovisas per särskilt boende.

Dessutom finns en sammanställning vad gäller uppgift om städning samt måltidssituation.

Granskningen kompletterades med en fördjupning inom hälso- och sjukvårdsområdet kring fallskador samt kring kontaktmannaskap, måltider/städning och aktiviteter/utevistelse. Denna del redovisas översiktligt på sid 7-9 i denna bilaga.

Värdighetsgarantin (per september 2013)

Värdighetsgaranti	Klarar garantin	På god väg att klara garantin	Klarar inte garantin
Du erbjuds att delta i minst två gemensamma aktiviteter på vardagar och en planerad aktivitet på helgen. Aktiviteterna planeras utifrån de boendes önskemål och förutsättningar.	Reimersdal Linelyckan Solbacken Björkbacken		
Du erbjuds minst en gång i veckan hjälp och stöd eller sällskap för att gå ut på promenad. Personalen försöker så långt det är möjligt att tillgodose dina önskemål om dag och tid.	Reimersdal Linelyckan Solbacken	Björkbacken	
Du har möjlighet att minst två gånger i veckan, under en timme, välja vad du vill göra tillsammans med din kontaktman.	Solbacken	Björkbacken	Reimersdal Linelyckan
Maten serveras i en trivsamt och lugn miljö. Du bestämmer själv om du vill äta i din lägenhet eller tillsammans med de andra i den gemensamma matsalen. Blir du hungrig eller sugen på något att äta efter kvällsmaten erbjuds du något lättare, till exempel en smörgås eller motsvarande.	Reimersdal Linelyckan Solbacken Björkbacken		
Du får, om du vill, vårdas på ditt boende i livets slutskede. Du får smärtstillande läkemedel vid behov och du lämnas inte ensam. Dina anhöriga kommer att erbjudas stöd.	Reimersdal Linelyckan Solbacken Björkbacken		

Kompletterande kommentarer

Reimersdal: Boenderådet är ett forum för ökat brukarinflytande. Egen tid erbjuds en halvtimme två gånger i veckan.

Linelyckan: Ett bra forum för brukarinflytandet är boenderåden.

Solbacken: Anhörig-/boenderåd finns på enheten. Möten sker 4 ggr/år. Anhörigstödjare finns på enheten. Dessa har gått på kommunens utbildning för anhörigstöd. Det finns även en anhörighylla med information såsom broschyrer, böcker och informationsmaterial som anhöriga kan ha nytta av.

Björkbacken: Kunder erbjuds att vara med på kost- och aktivitetsråd fyra gånger/år. Enheten har ett palliativt team som går in och stödjer kunder och anhöriga vid palliativvård. Vad

gäller smärtlindring så är detta något enheten inte kan bestämma över - det är en läkare som ordinerar detta. Detta har inte varit något problem för oss.

Sammanställning av djupintervjuer med brukare från granskade enheter.

Vi har bitt respektive enhet att identifiera fem brukare vilka har bedömts ha möjlighet att medverka i en intervju för att spegla deras upplevelse av kvalitet. Enskilda intervjuer med brukarna genomfördes i början av augusti 2013. Vi själva intervjutillfället visade sig att vid Reimersdal var en av de utvalda brukarna för dålig för att kunna intervjuas. På Björkbacken intervjuades två brukare från vart och ett av de tre avdelningarna. På Solbacken fanns endast en brukare som bedömdes kunna besvara intervjufrågorna.

Fråga 1. Jag har en stimulerande vardag.

Svar:	Inte alls	Delvis	I huvudsak	Helt	Vet ej
Boende:					
<i>Björkbacken</i>	1		1	4	
<i>Solbacken</i>		1			
<i>Reimersdal</i>		2	1	1	
<i>Linelyckan</i>			1	4	
Totalt:	1	3	3	9	

Fråga 2. Jag känner mig trygg med den vård och omsorg jag får.

Svar:	Inte alls	Delvis	I huvudsak	Helt	Vet ej
Boende:					
<i>Björkbacken</i>			2	4	
<i>Solbacken</i>				1	
<i>Reimersdal</i>				4	
<i>Linelyckan</i>			1	4	
Totalt:			3	13	

Fråga 3. Jag är nöjd med maten som serveras.

Svar:	Inte alls	Delvis	I huvudsak	Helt	Vet ej
Boende:					
<i>Björkbacken</i>			3	3	
<i>Solbacken</i>		1			
<i>Reimersdal</i>			3	1	
<i>Linelyckan</i>		1	2	2	
Totalt:		2	8	6	

Fråga 4. Jag är nöjd med städningen.

Svar:	Inte alls	Delvis	I huvudsak	Helt	Vet ej
Boende:					
<i>Björkbacken</i>			2	3	1
<i>Solbacken</i>			1		
<i>Reimersdal</i>			1	3	
<i>Linelyckan</i>		1	1	3	
Totalt:		1	5	9	1

Fråga 5. Personalen bemöter mig med respekt och värdighet

Svar:	Inte alls	Delvis	I huvudsak	Helt	Vet ej
Boende:					
<i>Björkbacken</i>				6	
<i>Solbacken</i>				1	
<i>Reimersdal</i>			1	3	
<i>Linelyckan</i>				5	
Totalt:			1	15	

Fråga 6. Jag upplever att personalen lyssnar på mig.

Svar:	Inte alls	Delvis	I huvudsak	Helt	Vet ej
Boende:					
<i>Björkbacken</i>			1	5	
<i>Solbacken</i>				1	
<i>Reimersdal</i>		1	2	1	
<i>Linelyckan</i>		1		4	
Totalt:		2	3	11	

Fråga 7. Mina möjligheter att påverka min vård och omsorg är bra.

Svar:	Inte alls	Delvis	I huvudsak	Helt	Vet ej
Boende:					
<i>Björkbacken</i>			2	4	
<i>Solbacken</i>			1		
<i>Reimersdal</i>		1	1	2	
<i>Linelyckan</i>			1	4	
Totalt:		1	5	10	

Fråga 8. Öppen fråga: Vad skulle kunna bli bättre på mitt boende?

Reimersdal.

Mer aktiviteter (utflykter). Två personer tycker detta.

Björkbacken.

Mer personal och mer variation på maten (till exempel mer fisk).

Linelyckan.

En av brukarna upplever att personalen ofta är sjukskriven.

Kompletterande frågeställningar

Fråga	Särskilt boende
Hur kontrollerar/säkerställer Ni att maten serveras i en trygg och lugn miljö?	Reimersdal Följer upprättad måltidspolicy.
	Linelyckan Genom vår egna internkontroll, vi följer upprättad måltidspolicy.
	Solbacken Boende och personal sitter gemensamt vid bord. Det är lugnt, inga störande ljud under matsituationen. Skiljer på vardag och helg. Mat tillagas i köken på avdelningarna (halvfabrikat, inga störande kantiner). Brukarna kan själva vara med och påverka måltiderna.
	Björkbacken Kunder erbjuds att vara med på kost- och aktivitetsråd fyra gånger/år. Där tar vi upp frågan. Den finns även med på vår interna kvalitetsundersökning som görs 1 gång/år.
Hur ofta sker städning på brukarens rum?	Reimersdal En gång i veckan, eller vid behov.
	Linelyckan 1 gång/vecka eller vid behov.
	Solbacken 1 gg/vecka av lokalvårdare på enheten samt vid behov.
	Björkbacken Rummen städas var 14:e dag eller vid behov och önskemål. Detta dokumentas i genomförandeplanen
Hur ofta sker städning av gemensamma utrymmen (kök, aktivitetsrum, m.m)?	Reimersdal Varje dag.
	Linelyckan Vissa allmänna utrymmen 1 g/vecka, andra utrymmen varje dag.
	Solbacken Minst 1 gg/v aktivitetsutrymme samt dagligen i kök.
	Björkbacken Kök/matsal daglig städning, övriga utrymmen 1 gång/vecka eller vid behov.

<i>Hur kontrollerar/säkerställer Ni att resultatet av städningen är tillfredsställande?</i>	Reimersdal Enheten har anställd lokalvårdare med lång erfarenhet. Särskilda kontroller finns inte, eventuella städproblem åtgärdas då det uppmärksammas.
	Linelyckan Ytterst kompetent lokalvårdare finns. Ev. städproblem åtgärdas omedelbart.
	Solbacken På boendes rum finns lokalvårdare som sköter detta och är frilagd andra sysslor. Personalen städar bla toalettutrymmen när det finns behov utöver det lokalvårdaren handhar.
	Björkbacken Enheten har visuell kontroll som görs av städpersonal och verksamhetschefer samt signeringslistor.

Kompletterande granskning

Kontaktman

Samtliga boenden har minst en utsedd kontaktman för samtliga boende. På någon av de besökta enheterna finns två kontaktmän utsedda per brukare. Ansvar för en kontaktman har tydliggjorts och på ett av boendena följs kontaktmannaskapet upp i utvecklings- och lönesamtal.

På boendena uppges att man planerar för s.k. egentid (med kontaktmannen) och i genomförandeplanen för den boende finns angivet vad den boende har för önskemål om hur egentiden ska användas. På boendena i kommunal regi uppges dock att de har meddelat nämnden att det efter minskning av personalbemanningen inte är möjligt att erbjuda organiserad egentid mer än en halvtimme per vecka. Dock uppges att de boende i praktiken har egentid genom att de träffar sin kontaktman oftare än en gång per vecka. Vid de privata boendena uppges att man erbjuder egentid under en timme per vecka fördelat på ett eller flera tillfällen.

Mat och städning

Vid samtliga boenden slutbereds maten på plats, vilket innebär att färdiglagad huvudrätt kommer fryst till boendet. Huvudrätten värms på plats och tillhör som ex. potatis och grönsaker lagas direkt i köken på boendena. Vid tre av boendena finns gemensam matsal för ca 8 personer medan det vid ett av boendena är en större matsal med plats för ca 14 – 16 matgäster. Matmiljön upplevs vara lugn vid besöket. Personalen beskriver att det vissa perioder kan bli oroligt oavsett storlek på matsal beroende på någon boende som av övriga upplevs störande i samband med måltider. Personalen försöker finna lösningar genom uppdelad placering i matsalen och i vissa fall genom att maten serveras på annan plats. Personalen sitter med vid måltiderna. Personalen bakar emellanåt och gör viss annan mat på plats för att skapa förutsättningar för de boende att delta eller finnas med.

Vid besöken på boendena noteras att de allmänna ytorna upplevs städade och ger ett allmänt ordnat intryck. Motsvarande bild finns i de enskilda bostäderna.

Aktiviteter och utevistelse

Vid samtliga besökta boenden finns ett stort utbud av dagliga aktiviteter som erbjuds de boende. Exempel på aktiviteter är grupp gymnastik, musikträffar, tematräffar kring ämnen valda av de boende själva, högläsning, filmvisning, underhållning av extern sångare/musiker. Någon gång per månad görs särskilda aktiviteter som pubkväll, nobelmiddag eller liknande. På samtliga boenden finns särskild personal (aktivitetssamordnare alt. äldrepedagoger) som planerar och även håller i aktiviteter på vardagar. Inför helger förbereder äldrepedagogerna för aktiviteter som kan genomföras av omvårdnadspersonalen. Två av boendena har frivilliga som ordnar aktiviteter på helger (Ung omsorg).

Vissa av de boende vill inte delta i gemensamma aktiviteter och för dessa planeras för enskilda aktiviteter tillsammans med kontaktman eller annan personal. Äldrepedagogerna planerar även ibland för aktiviteter till enskilda äldre. Dock är resurserna begränsade för att kunna ge mer omfattande individuella aktiviteter.

Samtliga boende erbjuds utevistelse återkommande men vissa av de boende vill inte vistas ute framförallt under vinterhalvåret. Vid samtliga besökta boenden finns tillgång till uteplatser eller balkonger.

Vård/fallskador

Vid de aktuella enheterna finns två sjuksköterskor för respektive boende under vardagar vilket bedöms som en god bemanning.

Det finns skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador.

Vid tre av de besökta boenden arbetas med ett kvalitetsregister kallat Senior alert¹. Ett av boendena har arbetat en längre tid med detta kvalitetsregister medan två boende endast arbetat med det under andra halvan 2013. Vid ett boende görs ingen registrering i kvalitetsregistret på grund av att många boende tackat nej till att registreras alternativt inte kan ge samtycke (stor andel demensplatser vid detta boende).

Registrering av fallskador har gjorts sedan ett flertal år tillbaka men det systematiska förebyggande arbetet för att förebygga fall har utvecklats mest det senaste året.

När en ny person flyttar in i äldreboendet görs en genomgång av personens förutsättningar och status (tidigare gjordes det enligt checklista och numera via registrering i Senior alert). Beroende på resultat i statusen kan det bli aktuellt att vidta förebyggande åtgärder för fall, nutrition eller trycksår. Dessa åtgärder diskuteras och överenskomms vid teamträff där sjuksköterska och omsorgspersonal deltar (ofta även sjukgymnast, arbetsterapeut och enhetschef alt. gruppchef). Beslutade åtgärder dokumenteras i genomförandeplan och i patientjournal. Det boende som inte använder Senior alert arbetar på samma sätt men med en manuell checklista.

Vid fallhändelse kontakter omsorgspersonalen sjuksköterska för bedömning av skada. Händelsen dokumenteras och diskuteras även vid teamträffar för att utvärdera de förebyggande åtgärder som satts in eller om det behövs ytterligare åtgärder. Fallrapporterna tas även upp av de s.k kvalitetsråden vid två av boendena.

¹ Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Undernäring, fall och trycksår är viktiga områden för vårdtagare inom såväl slutna vård och omsorg som inom primärvård, hemsjukvård och kommunal äldreomsorg. Syftet med Senior alert är att skapa en bra infrastruktur och systematik för det förebyggande arbetet.



Antal fall har inte minskat över tid men det bedömer personalen beror på en förbättrad rapportering.