

Lunds kommun

Komplettering avseende kvalitet inom
äldreomsorgen, med fokus på
Linelyckan



Building a better
working world

Innehåll

Sammanfattning	3
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund.....	4
1.2. Syfte och revisionsfrågor	4
1.3. Genomförande	4
1.4. Revisionskriterier.....	4
2. Granskningsresultat	7
2.1. Tidigare händelser.....	7
2.2. Organisation och bemanning.....	7
2.3. Processer och rutiner	9
2.4. Avvikelser.....	10
2.5. Egenkontroller	12
2.6. Värdegrund och brukarfokus	13
2.7. Uppföljning och åiterrapportering	14
3. Sammanfattande bedömning och rekommendationer	16
3.1. Bedömningar och svar på revisionsfrågor	16
3.2. Rekommendationer.....	18
Källförteckning	19
Bilaga 1. Vidtagna/planerade åtgärder.....	21

Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lunds kommun har EY granskat vård- och omsorgsnämnden i syfte att bedöma om nämnden har säkerställt att ändamålsenliga åtgärder har vidtagits på det särskilda boendet Linelyckan, efter de brister och missförhållanden som uppmärksammades under sommaren 2018.

För att komma till rätta med missförhållandena på Linelyckan har det genomförts en omfattande omstrukturering av personalen. Processer och rutiner har upprättats, utbildningsinsatser har genomförts och brukares individuella planering har gått genom.

Vår sammanfattande bedömning är dock att vård- och omsorgsnämnden ännu inte har säkerställt att tillräckliga åtgärder har vidtagits. Vi grundar vår bedömning på iakttagelser såsom att det inte finns någon planerad egenkontroll för ett flertal kontrollpunkter i de åtgärder som nämnden har planerat utifrån identifierade missförhållanden, däribland larmlistor och att ordinerade larm är påslagna. Arbetet med avvikelser har tydliggjorts och förbättrats, men det framkommer att tystnadskultur och besvär att rapportera kränkande behandling av brukare kvarstår. Genomförandeplaner saknar till stor del koppling till mål för brukaren och värdegrundsarbetet har ännu inte hunnit påbörjas. Vi ser risker med att enhetschef har ansvar för fler än 50 medarbetare och därtill uppdrag att säkerställa att omfattande åtgärder genomförs och följs upp.

För att säkerställa att ändamålsenliga åtgärder har vidtagits är det vår bedömning att uppföljningen behöver struktureras och systematiseras till att innefatta resultat av genomförda egenkontroller och uppföljning av följsamhet till framtagna processer och rutiner. Allt i syfte att skapa ett systematiskt förbättringsarbete.

Vi rekommenderar vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Säkerställa kontinuitet och följsamhet till processer och rutiner på såväl enhets- som avdelningsnivå.
- ▶ Besluta om rutiner för lex Sarah.
- ▶ Komplettera planerade egenkontroller med kontrollpunkter utifrån upprättade processer och rutiner. Kontrollpunkter identifieras med fördel genom riskanalys.
- ▶ Tillse att planerade insatser i genomförandeplaner har koppling till mål och följs upp och utvärderas i enlighet med planering.
- ▶ Tillse att uppföljning av vidtagna åtgärder och analys av mönster och trender som indikerar brister i verksamheten dokumenteras, kommuniceras och används som underlag för förbättringar i verksamheten.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Under sommaren 2018 inkom ett flertal rapporter enligt lex Sarah gällande Linelyckans särskilda boende. I rapporterna framkom uppgifter om larm som blivit avstängda på natten, att personal inte besökt brukare när epilepsilarm gått, att personal inte följt ordinationer samt information om dåligt bemötande och fysisk hårdhänthet mot brukare.

Revisionen genomförde under hösten 2018 en granskning av kvalitet i äldreomsorgen, men på grund av det omställningsarbete som pågick på Linelyckan utifrån de inträffade händelserna beslutade de förtroendevalda revisorerna att istället genomföra denna kompletterande granskning under våren 2019.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att ändamålsenliga åtgärder har vidtagits på det särskilda boendet Linelyckan, efter de brister som uppdagades. Följande revisionsfrågor ska besvaras:

- ▶ Vilka omstruktureringar har skett gällande personalresurser och arbetsledning?
- ▶ Finns tillräckliga larmrutiner på boendet och sker uppföljning av att de efterlevs?
- ▶ Finns det ett strukturerat arbete med egenkontroller och avvikelser?
- ▶ Finns det ett strukturerat arbete med brukarfokus?
- ▶ Finns det ett ändamålsenligt värdegrundsarbete?
- ▶ Finns det tydliga strukturer för arbetsordning (rapportering, ansvar, roller)?
- ▶ Sker en tillräcklig uppföljning av förvaltning och nämnd?

1.3. Genomförande

Granskningen grundas på dokumentstudier och intervjuer med ansvariga chefer och nämndens presidium (se källförteckning). Vid besök på Linelyckan har två grupper av personal intervjuats. Den ena gruppen där personalen har mer än två års erfarenhet av arbete på Linelyckan, och den andra med personal som anställdes under hösten 2018 och framåt. Två brukare intervjuades också vid besöket. Det har gjorts en genomgång av sammanställda avvikelser och klagomål.

Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att sakgranska rapporten. Granskningen är genomförd april 2019 till augusti 2019.

1.4. Revisionskriterier

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

1.4.1. Socialtjänstlagen (2001:453)

I socialtjänstlagens femte kapitel anges att kommunen ska verka för att äldre människor får goda bostäder och ska ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad

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

I 14 kapitlet 3–7 §§ anges att den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten genast ska rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten (lex Sarah). Den som ska ta emot rapporter ska informera den som fullgör uppgifter inom verksamheten om de skyldigheter som han eller hon har. Ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg.

1.4.2. Socialtjänstförordningen (2001:937),

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

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

En genomförandeplan ska bland annat beskriva:

- ▶ Målet med de särskilda insatser som behövs,
- ▶ När och hur de särskilda insatserna ska genomföras,
- ▶ När och hur genomförandeplanen ska följas upp,
- ▶ När och hur brukaren ska kunna tillgodogöra sig åtgärder och insatser som andra huvudmän än socialnämnden ansvarar för,
- ▶ När och hur kontakt med socialnämnden ska ske, och
- ▶ Närståendes syn på genomförandet av den planerade vården.

I sjunde kapitlet anges att den nämnd som har ansvar för verksamhet inom socialtjänsten ska fastställa rutiner för hur skyldigheten att rapportera, utreda, avhjälpa och undanröja missförhållanden och risker för missförhållanden ska fullgöras. Av rutinerna bör det framgå vem som ska informera de rapporteringsskyldiga om deras skyldighet.

1.4.3. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

I socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) framgår att vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning.

Vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. För varje aktivitet ska vårdgivaren vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret

för utförandet är fördelat i verksamheten. Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processer och de rutiner som ingår i ledningssystemet. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

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

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

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

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

2. Granskningsresultat

2.1. Tidigare händelser

I samband med revisionens granskning av kvalitet i äldreomsorgen, som genomfördes under hösten 2018, uppgavs att det vid tidpunkten för det inträffade fanns en vikarierande enhetschef på plats på Linelyckan. Ordinarie enhetschef hade inte fullständig kännedom om händelser och avvikelser och dessa utreddes inte enligt gällande rutin. Inkomna lex Sarah-rapporter utreddes under juli-september 2018 och samlades i en övergripande utredning. I den identifierades bakomliggande orsaker till det inträffade så som bristande kontroll på att larm var påslagna, otydlighet avseende ansvar och roller gällande larm och ordinationer, bristande ledarskap, bristande kunskap avseende lex Sarah, att egenkontroller inte genomförts samt att skriftliga rutiner saknades.

Det vidtogs omedelbara åtgärder i samband med identifiering av avvikelserna. Exempelvis stängdes en personal av, några i nattpersonalen omplacerades till dagtjänst, en fjärde personal sattes in nattetid. Samtidigt säkerställdes att larm som inte var installerade installerades och nya informationsinsatser om boendets larmrutiner genomfördes. Därtill vidtogs och planerades fortsatta åtgärder för att förhindra att något liknande skulle inträffa igen. Boendet planerade att omstrukturera personalresurser i syfte att bryta osunda kulturer. En ny arbetsledning skulle anställas och en ny tillförordnad enhetschef sattes in. I enskilda fall skulle arbetsrättsliga åtgärder riktade mot enskilda individer ske.

Det planerades också åtgärder för att personalen på ett tydligare sätt skulle arbeta med egenkontroller, avvikelser och uppföljning. Det skulle skapas ett starkare brukarfokus utifrån IBIC (individens behov i centrum), och skriftliga rutiner skulle förankras bättre eller tas fram där det saknades. Den nya ledningen skulle även säkerställa en ny planering kring hur personalen ska arbeta med värdegrunden samt fastställa tydliga strukturer för arbetsordning gällande rapportering, ansvar och roller. Sammanställning av vidtagna/planerade åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen biläggs aktuell granskning, se bilaga 1.

Lex Sarah-utredningen resulterade i ett beslut att anmäla risk för allvarligt missförhållande och allvarligt missförhållande till IVO¹. Anmälan är daterad den 20 september 2018. IVO beslutade den 1 februari 2019 att huvudmannen fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet enligt socialtjänstlagen. Dessförinnan bedömde IVO att nämndens utredning var ofullständig och de har ombetts att komplettera den vid två tillfällen, muntligt och skriftligt.

2.2. Organisation och bemanning

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. Linelyckans särskilda boende omfattar sex avdelningar med vardera åtta lägenheter och därmed 48 brukare. Tre av avdelningarna är avsedda för personer med demenssjukdom.

Administrationn består av enhetschef, enhetsadministratör och undersköterska med samordnaruppdrag. Samordnaren ansvarar bland annat för beställningar och varor samt för att sammanställa genomförandeplaner. Enhetsadministratör sköter administration och korttidsrekrytering inom enheten. För omsorgsarbete finns 51 tillsvidareanställda personer på Linelyckan. Därutöver finns cirka tio månadsvikarier och ett flertal timanställda. Av de fast anställda är nästintill alla undersköterskor. Tre medarbetare är vårdbiträden, varav en

¹ Inspektionen för vård och omsorg.

kombinerar sitt arbete med studier till undersköterska. Det finns tre tillsvidareanställda resursmedarbetare som utgör resurser där det behövs inom boendet. Legitimerad personal (tre sjuksköterskor, halvtid fysioterapeut och halvtid arbetsterapeut) är anställda i annan organisation, men förlägger sin arbetstid på Linelyckan.

På respektive avdelning arbetar två personal på morgonen och ytterligare två kommer in till lunch. Mellan klockan 13–15 är avdelningarna bemannade med fyra personal och under kvällstid, fram till kl. 21, är det återigen två personal. Under natten bemannar fyra personal boendet, vilket är en utökning med en person sedan hösten 2018. En personal befinner sig under natten på varje demensavdelning och en är så kallad "löpare" mellan avdelningarna. Under dagtid finns det en extratjänst som stöttar upp i köket vid måltider.

2.2.1. Omstruktureringar

Efter uppmärksammade brister 2018 skedde en omstrukturering av personalresurser. I syfte att bryta negativa kulturer och mönster beslutades att en tredjedel av medarbetarna skulle bytas ut. Alla medarbetare på Linelyckans boende fick söka om sina placeringar på Linelyckan. Återplacering skulle ske för 70 procent av personalgruppen och övriga 30 procent skulle erhålla annan placering inom vård- och omsorgsförvaltningen. Vid intervjutillfället har 38 procent av den tidigare personalen avslutat sin anställning eller omplacerats. Medarbetare erbjuds arbetsbefrielse med grundlön under uppsägningstiden om de själva valde att säga upp sig. Några medarbetare, däribland tidigare enhetschef, har avslutat sina anställningar och ytterligare medarbetare har omplacerats eller erhållit varningar. En varning är aktuell i ett år och innebär att ledningen gått genom uppmärksammade brister med berörda medarbetare och informerat dem om att det kan finnas skäl för arbetsgivaren att driva process kring uppsägning i det fall det uppmärksammas nya brister under året. De omplaceringar som har genomförts har skett strategiskt så att ny placering har skett på enhet där värdegrunden och kulturen bedöms god. Det framkommer vid intervjuer att flera av de som avslutat sin anställning inte har haft insikt i behovet av förändring utan istället sett sig som offer för omständigheterna.

Till tidpunkten för intervju hade 19 tillsvidareanställda nyrekryterats till Linelyckan. Stora delar av den legitimerade personalen är nyanställd. Vid intervju betonas svårigheten att rekrytera sjuksköterskor. Det framkommer också att den arbetsplatsnära introduktionen uppfattats vara bristfällig. Detta då flera olika personer ansvarat för introduktionen och då chefen inte följt upp hur det har gått.

Sedan januari 2019 har en resurschef² inom vård- och omsorgsförvaltningen bemannat rollen som tillförordnad enhetschef på Linelyckan. En ny enhetschef har nyligen rekryterats och kommer att påbörja sin anställning i juni 2019. Resurschef kommer fortsatt att vara tillgänglig för att gå in och avlasta, utveckla och ta riktade uppdrag på Linelyckan vid behov. Resurschefen kommer att fungera som mentor till nyanställd enhetschef.

Vid intervjuer framkommer olika bilder av hur bemanning och schemaläggning fungerar. Vårdtyngden varierar på de olika avdelningarna och likaså upplevelserna av hur stressigt arbetet är. Personal uppger att det utifrån nuvarande schemaläggning saknas tid för återhämtning. Exempel som ges är att de ofta arbetar sena kvällar och tidigare mornar efter vartannat. Undersköterskor arbetar två helger i rad och det finns flera delade turer. Det är personalens bild att detta leder till sjukskrivningar och de har varit i kontakt med facket av den anledningen. Chefen har tillsatt en schemagrupp som ska ta fram nytt schema. Personalen har tidigare inte fått vara med och påverka schanan, men ska nu vara delaktiga i gruppen.

² Chef som finns tillgänglig på förvaltningen för att stötta och bemanna upp där behov uppstår.

Enligt nämndens presidium ska schema med delade turer tas bort inom vård- och omsorgsnämnden. Nämnden var överens om detta redan under föregående mandatperiod, men det finns olika uppfattningar kring hur snabbt förändringen kan ske. Nämnden inväntar en rapport kring delade turer, heltid som norm och sex timmars arbetsdag under juli månad. Utifrån rapporten ska beslut fattas, men det är oklart när i tid detta kommer att ske. Kommunstyrelsen har beslutat om kommunövergripande arbetsmiljömål som är kopplade till kommunens arbetsmiljöpolicy (2018-05-02). Ett av målen är att antalet chefer med färre än 30 medarbetare ska öka. Inom vård- och omsorgsförvaltningen provas olika modeller för att möjliggöra detta.

2.2.2. Arbetsordning

Som ett led i att tydliggöra arbetsordningen på Linelyckan har det förekommit reflektionsmöten med samtliga medarbetare. På dessa har enhetschef tydliggjort vilket ansvar som åligger vilken funktion. Tidigare kom personalen med frågor och oklarheter i verksamheten till den administrativa personalen istället för till enhetschef. Verksamhetschef har efter uppmärksammade missförhållanden tydliggjort att medarbetare ska uppsöka enhetschef i de fall frågorna inte är av specifik administrativ karaktär.

Det finns inga utökade uppdrag eller särskilda roller med ledningsansvar på avdelningarna. Centralt i vård- och omsorgsförvaltningen finns kvalitetsutvecklare för arbetet utifrån socialtjänstlagen (SoL) respektive hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Dessa arbetar övergripande med att se över personalens arbetsordning. Ett fokus i översynen är att den legitimerade personalen ska kunna arbetsleda på boendet. Kvalitetsutvecklarnas tillgänglighet på enheten varierar utifrån behov, vilket följs upp löpande.

2.3. Processer och rutiner

Som en del i att förbättra verksamheten på Linelyckan planerades åtgärder för att skapa och förankra skriftliga rutiner. Exempel på rutiner som avsetts är:

- ▶ daglig planering av brukarens insatser,
- ▶ läkemedelsrutiner,
- ▶ natrutin,
- ▶ rutin för kontaktmannaskap,
- ▶ rutin för larm och skyddsåtgärder samt
- ▶ avvikelserutin.

Rutiner är nu nedskrivna och tydliggjorda, men vid intervjuer framkommer att det fortfarande saknas rutiner på en del avdelningar och att det är svårt att säkerställa följsamhet med mycket vikarier i verksamheten. Var sjätte vecka sker rutinmöten som syftar till att se över om rutinerna efterlevs. Alla särskilda boenden i Lunds kommun har rutinmöten. Därutöver finns det teamträffar som sker på respektive avdelning, där baspersonalen träffar HSL-personalen. Vid teamträffar görs en genomgång av aktuella brukare utifrån exempelvis skyddsåtgärder, förflyttning, läkemedel, nutrition och sömn. Det finns ett strukturerat material att förhålla sig till vid dessa träffar. Särskilda boenden ska ha teamträff på varje enhet minst tio gånger per år och det är enhetschef som leder mötet. Verksamhetschef begär enligt rutin årligen in en redogörelse som tydliggör att teamträffarna har ägt rum och att de har följt strukturen i materialet.

2.3.1. Larmrutiner

Bristande larmrutiner var särskilt uppmärksammat vid den övergripande lex Sarah-utredningen på Linelyckan under 2018. Det användes många larm, vilket innebar att det larmade ofta och att personal därför stängde av möjligheten att larma. Det finns olika typer av larm i verksamheten. Trygghetslarm kan sitta på brukares handled eller via knapp i brukarens lägenhet. De går inte att stänga av. Som komplement kan exempelvis rörelselarm eller larmmatta kopplas på. Detta är en skyddsåtgärd som ska ordineras av legitimerad personal. Det har skett en översyn över vilka larm respektive brukare behöver, vilket har medfört att flera larm har tagits bort.

Det har sedan tidigare funnits förvaltningsövergripande riktlinjer för skyddsåtgärder, men dessa har inte efterlevts på Linelyckan. Skriftlig rutin för skyddsåtgärder som ordineras av legitimerad personal togs fram för Linelyckan i augusti 2018. Rutinen anger beskrivning av aktiviteter för att bedöma, planera, genomföra och följa upp behov av skyddsåtgärder. Därtill finns respektive funktions ansvar dokumenterat i rutinen. Skyddsåtgärder följs upp för enskild brukare/patient en gång per halvår eller oftare vid behov. Då ska det kontrolleras att ordination och instruktion följs av berörda medarbetare. Resultatet ska dokumenteras i brukarens/patientens journal. Utöver detta ska avvikelser rörande skyddsåtgärder följas upp och analyseras årligen.

I sammanställning av rapporterade avvikelser för perioden september 2018 – april 2019 framkommer att 13 rapporterade SoL-avvikelser avsett larm. De har handlat om att larm inte fungerat eller inte satts på och att trygghetslarm inte varit tillgängligt för brukare. I två av avvikelserna fann man brukare på golvet och i en annan att brukare trasslat in sig i ett snöre. De larm som inte fungerade har åtgärdats och avvikelserna från september resulterade i en skriftlig rutin med återkoppling till alla medarbetare.

Det finns inte tekniska förutsättningar att påvisa huruvida ordinerade larm är påslagna eller inte. Det finns larmloggar som visar när larmen går. Det loggas inte när de stängs av eller sätts på. Det sker ingen dokumenterad uppföljning av larmloggar.

2.4. Avvikelser

Bakomliggande orsaker till uppmärksammade brister och missförhållanden på Linelyckan rörde bland annat bristande kunskap avseende rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah, att avvikelser inte hade rapporterats eller hanterats enligt gällande rutiner och att återkoppling och uppföljning av avvikelser inte hade skett enligt gällande ordning. Det framkom i nämndens utredning att ledarskapet hade brustit: enhetschef hade inte tagit ansvar för information som kommit chefen till handa och inte uppmanat till rapport enligt lex Sarah då det varit befogat.

Det planerades för åtgärder att utbilda personalen avseende avvikelser och rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah såväl som att skapa ett strukturerat arbete rörande avvikelser.

Det finns förvaltningsövergripande rutiner för hantering av avvikelser enligt SoL och LSS³ samt hälso- och sjukvårdsinsatser och medicintekniska resurser. Därtill finns det övergripande rutiner för lex Sarah-ärenden och synpunkts- och klagomålshantering. För praktisk hantering finns det även rutiner för hur avvikelser registreras i respektive IT-stöd samt flödesscheman som åskådliggör vilket ansvar som åligger respektive funktion. Avvikelser hanteras i första hand av ansvarig enhetschef eller legitimerad personal med ansvar för berörd patient. I de fall risk för missförhållande eller missförhållande enligt lex Sarah rapporteras utser

³ Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.

verksamhetschef vem som ska utreda händelsen. Utredare har delegation från nämnd att fatta beslut om anmälan av allvarligt missförhållande (eller risk för allvarligt missförhållande) till IVO. Vid allvarlig vårdskada ansvarar MAS⁴ för anmälan till IVO.

Samtliga rutiner är beslutade av tjänstemän i vård- och omsorgsförvaltningen. Handbok för avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicintekniska produkter anger att det åligger ansvarig enhetschef att lämna muntlig och skriftlig information om rapporteringsskyldigheten till medarbetarna vid deras tillträde av anställning och därefter återkommande minst en gång per åren. Informationen ska bland annat innehålla upplysning om just rapporteringsskyldigheten och hanteringen av avvikelser. Motsvarande skrivning för lex Sarah avseende rapporteringsskyldigheten återfinns i förvaltningens lex Sarah handbok.

Efter de uppmärksammade missförhållandena på Linelyckan har kvalitetsutvecklare informerat avdelningarna om vikten av en fungerande avvikelshantering. Det uppges vara ett ständigt utvecklingsarbete att förmedla till medarbetarna att avvikelshantering avser att uppmärksamma risker, händelser och systemfel i verksamheten och inte brister hos enskilda medarbetare. Vid intervjuer med vårdpersonal framkommer att utbildning har genomförts, men att det finns en fortsatt osäkerhet kring arbetet med avvikelser. Det är enklare att rapportera en utebliven medicinering än något som berör kränkande behandling.

2.4.1. Rapporterade avvikelser

Granskare har tagit del av sammanställning av inkomna SoL-avvikelser under perioden september 2018 – april 2019. Därtill har granskare erhållit genomförda lex Sarah-utredningar, lex Maria-anmälningar och inkomna externa synpunkter under samma period. Under perioden har det inkommit 36 avvikelser enligt SoL och tre lex Sarah-rapporter. Det har efter utredning gjorts tre lex Maria-anmälningar. Avvikelserna rör främst utförande av insats (17 st.). Exempel på händelser som rapporterats är att brukare har kommit upp för sent på morgonen eftersom det saknats ordinarie personal, att personal har missat att brukare skulle till vårdcentral och att brukare fick vänta länge på toaletten på grund av brister i kommunikation och att rutin inte följts. Övriga avvikelser rörde bemötande, handläggning av ärende och övrigt (larm). Sammantaget har de flesta avvikelserna rapporterats under september 2018 till januari 2019.

Lex Sarah-rapporterna⁵ som utretts avsåg en undersköterskas bemötande gentemot brukare då undersköterskan matat en brukare mot dennes vilja, en personal som kallat brukare för nedvärderande ord och en personal som lämnat brukare på rummet efter läkarbesök och sedan gått hem utan att meddela personal i tjänst på avdelningen. Rapporterna har bedömts vara påtagliga risker för missförhållande eller missförhållande.

Omedelbara åtgärder har vidtagits i samband med att händelserna uppmärksammades. I två av rapporterna bedömdes det finnas en koppling mellan de enskilda händelserna och de brister på enheten som framkom vid den övergripande lex Sarah-utredning som genomfördes 2018. Därmed bedömdes händelserna vara en del av en mer omfattande brist av arbetskulturen på enheten och därmed en del av ett systemfel. Därtill bedömdes de planerade och/eller vidtagna övergripande förbättringsåtgärderna utifrån tidigare nämnd utredning bidra till att liknande händelser inte ska kunna inträffa igen.

Under perioden september 2018 till april 2019 har det rapporterats 170 avvikelser enligt HSL på Linelyckan. Av dessa avsåg 93 avvikelser fall, 55 avvikelser läkemedelshantering och 22 avvikelser medicinsk omvårdnad. Två tredjedelar av avvikelserna i läkemedelshantering inträffade under perioden september till december 2018, därefter har de minskat i antal.

⁴ Medicinskt ansvarig sjuksköterska

⁵ Tre rapporter under perioden.

Samma fördelning av rapporter identifieras för avvikelser avseende medicinsk omvårdnad. Fallhändelserna är jämt fördelade över tid, men vissa boende faller oftare än andra.

Det har registrerats tre synpunkter från brukares anhöriga mellan september 2018 och april 2019. En av synpunkterna rörde brister i bemötande vid diskussion om flyttstädning och inkom i mars 2019. Övriga två inkom i november 2018 respektive januari 2019 och rörde sammanfattningsvis brister i omsorg, vållande till kroppsskada, brister i bemötande, tidigarelagd medicinering och larm som inte fungerade. Händelserna har utretts och kommunikation har skett med anhöriga. Avseende brister i bemötande och larm som inte fungerade visar larmlistor att larmet varit aktivt hela dagen och kvällen. Brister i bemötande analyseras inte i utredningen, istället redogör utredningen för berörd undersköterskas svar på bristerna. Avseende vållande till kroppsskada visar svaret att det vid tidpunkten (november 2018) pågick en utredning av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och kvalitetsutvecklare inom HSL, som resulterade i anmälan enligt lex Maria. Särskild handlingsplan upprättades för berörd brukare med signeringslista för omvårdnad, service och aktiviteter. Planerade åtgärder utifrån lex Maria-anmälan rörde bland annat sjuksköterskors medverkan i förvaltningens introduktionsprogram, uppföljning av rutin och utbildningsinsatser till sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.

De två andra anmälningarna enligt lex Maria rörde patient som drabbades av överdosering av narkotikaklassat preparat i september 2018 och fick infektion och blev inlagd på infektionsklinik i januari 2019 efter att kateter inte bytts ut i enlighet med ordination. Bakomliggande orsaker som identifierades rörde bristande följsamhet till rutiner för signering och delegering, bristande dokumentation av såväl omsorgspersonal som sjuksköterska, otydlig ansvarsfördelning och bristande uppföljning. I samtliga lex Maria ärenden dokumenteras vidtagna och planerade åtgärder som bedöms minska sannolikheten för att liknande händelser kommer att inträffa. Det anges datum för planerad uppföljning och granskare har tagit del av den uppföljning som genomförts fram till och med juni 2019. Uppföljning dokumenteras på särskild blankett.

2.5. Egenkontroller

Ytterligare en planerad åtgärd utifrån den övergripande lex Sarah-utredningen var att arbeta strukturerat med egenkontroller. För kvalitetsåret 2018/2019 finns det tre planerade egenkontroller för Linelyckan. Det framgår inte om dessa är unika för Linelyckan eller övergripande för samtliga särskilda boenden. Egenkontrollerna är:

- ▶ Säkra hjälpmedel – Besiktning av liftar har utförts enligt avtal.
- ▶ Säkra hjälpmedel – Förebyggande underhåll på vårdsängar och rullstolar har utförts enligt avtal.
- ▶ Genomförda kontroller av journalloggar.

Kontroller att säkra hjälpmedel sker årligen genom granskning av dokumentation och enhetschef och verksamhetschef är ansvariga utförare. Egenkontrollen har för nuvarande kvalitetsår ännu inte genomförts.

Kontroll av journalloggar ska ske halvårsvis. Enhetschef är ansvarig utförare. Resultatet för kvalitetsårets halvår 1 (oktober 2018-mars 2019) visar att två kontrolltillfällen har genomförts under året, vilket är i enlighet med förväntat resultat. Loggkontrollerna genomfördes utan anmärkning.

I den övergripande lex Sarah-utredning som genomfördes 2018 identifierades bristande egenkontroller avseende larmlistor och huruvida larm var påsatta. Sedan dess har rutiner upprättats, men inga egenkontroller rapporteras.

Utöver ovan nämnda egenkontroller framkommer vid intervjuer att det finns särskilda planeringstavlur som markerar städ, utevistelse och dusch. Till dessa finns signeringslistor som utgör en form av egenkontroll för om brukare har fått sina insatser utförda.

2.6. Värdegrund och brukarfokus

Vård- och omsorgsförvaltningens värdegrund gör gällande att den vård, omsorg, stöd och service som erbjuds ska kännetecknas av delaktighet, valfrihet, flexibilitet och kvalitet med respekt för den enskildes integritet och självbestämmande. Personalen ska ha ett gott bemötande och vara kompetent, ansvarstagande och lyhörd för varje enskild brukares behov. Värdegrunden omsätts i värdighetsgarantier gentemot brukare.

I den övergripande lex Sarah-utredning som genomfördes på Linelyckan 2018 identifierades brister avseende bland annat kultur och arbetsledning. Inom enheten hade det utvecklats en kultur där medarbetare inte vågade säga ifrån, vilket påverkade deras agerande och ansvarstagande och att de var mer lojala mot arbetskolligor än mot brukare och arbetsgivare. Detta hade lett till negativ påverkan för brukare, anhöriga och arbetsmiljön. I utredningen påtalas att samtliga planerade åtgärder inom enheten syftar till att förbättra kvaliteten för brukarna. Åtgärder som särskilt fokuserar på detta är:

- ▶ Skapa brukarfokus utifrån IBIC (individens behov i centrum)
- ▶ Regelbundna dialoger mellan enhetschef och personal rörande "varför är vi här" och "för vem är vi här"
- ▶ Arbeta med kommunens vision för tydliggörande av kulturen på arbetsplatsen
- ▶ Ny planering kring arbetet med värdegrund och arbetet med kommunens vision

Vid intervjuer framkommer fortsatta behov att arbeta för att omsätta värdegrunden i värdighetsgarantier gentemot brukare. Arbetet med värdegrund har fått stå tillbaka då omstruktureringar, processer och rutiner har tagit mycket tid. Det framhålls dock att många i personalen har rätt fokus nu och att det har blivit lugnare sedan personal slutat eller omplacerats. Den sista omplaceringen skedde i april 2019. Personal som arbetat en längre tid på Linelyckan beskriver en ny arbetsatmosfär och att det inte längre finns några "drottningar" kvar på avdelningarna som tidigare arbetade efter eget tycke. Det uppges dock fortfarande finnas en tystnadskultur på vissa avdelningar. Linelyckan har deltagit i värdegrundsarbetet utifrån Lunds kommuns vision med fokus på kultur och värdegrundsordet samarbete.

En risk som lyfts vid intervjuer är de många vikarier som arbetar på enheten. De känner inte de boende på samma sätt som den ordinarie personalen och de kan inte arbeta med framförhållning och planering gentemot brukarna på ett lika fullgott sätt. Intervjupersoner bedömer det som positivt att vikarierande enhetschef är på plats på halvtid och nästintill alltid går att nå. Även sjuksköterskor är på plats på vardagar och är enkla att nå. De berättar om en förändrad kultur som påverkar brukarna positivt. Om en avvikelse uppmärksammas är det större chans att den rapporteras och hanteras idag än tidigare även om det fortfarande finns utvecklingsbehov.

I den övergripande lex Sarah-utredningen på Linelyckan identifierades ett bristande brukarfokus genom brister i dokumentation. Det fanns värderande uttryck i den sociala journalen och genomförandeplaner saknade koppling till uppsatta mål.

För att säkra brukare kvalitet och delaktighet dokumenteras deras behov och önskemål på olika sätt inom verksamheten. Bedömning av hur brukare klarar olika aktiviteter/funktioner klassificeras och dokumenteras av arbetsterapeut. När enskild individ har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten och då det finns behov av samverkan

och samordning kring stöd och insatser ska berörda parter tillsammans med den enskilde upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Det har gjorts en genomgång av hur många samordnade individuella planer som finns och som är aktuella. I socialtjänstlagen anges att genomförandet av en insats ska dokumenteras. En genomförandeplan ska beskriva hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för den enskilde. Planen ska utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennes anhörige/närstående och det ska finnas mål för planerade insatser utifrån den enskildes behov. Granskare har tagit del av aktuella brukares genomförandeplaner. Genomförandeplanerna utgår från bifallsbeslut enligt socialtjänstlagen och de insatser som berörd brukare behöver för att få sina behov tillgodosedda. Överlag iakttas en tydlig dokumentation av hur och när insatser ska genomföras. Dessa saknar dock i flera fall koppling till mål. I flera genomförandeplaner saknas dokumenterade mål. Det finns genomförandeplaner som inte är uppdaterade i enlighet med planerat uppföljningsdatum.

2.6.1. Brukares uppfattning

Det genomförs en årlig kvalitetsuppföljning i vård- och omsorgsförvaltningens särskilda boenden. Under år 2018 besvarade 37 boende/anhöriga på Linelyckan undersökningen. Hittills i år (2019) har 9 boende/anhöriga på Linelyckan besvarat undersökningen. Föregående år var nära 60 procent av de som besvarade enkäten brukare. Hittills i år är samtliga 9 respondenter brukare. Svaren och kommentarerna visar för såväl 2018 som 2019 att brukarna överlag är nöjda med sitt boende på Linelyckan. Vanliga kommentarer är att personalen är snäll och att de har det bra på Linelyckan. Det framkommer att det är ett stort ombyte på personal, särskilt på helgen och att det kan vara svårt att förstå personalen på grund av språket.

Vid granskares besök på Linelyckan intervjuades två brukare. Båda uppger att de trivs på Linelyckan och att deras behov är bättre tillfredsställda nu än när de bodde hemma. Även i intervjuer påtalas att det finns många i personalen som talar dålig svenska. Det uppfattas att det finns en grupp personal som har ett kallt att vara där och en grupp som bara vill ha lön. Personalen försöker anordna aktiviteter och de som vill kommer ut på promenad två dagar i veckan.

2.7. Uppföljning och återrapportering

Enligt skriftliga rutiner för hantering av avvikelser enligt HSL ska nämnden löpande informeras om samtliga händelser som rapporterats till IVO och Läkemedelsverket. Nämnden ska årligen få en sammanställning av förvaltningens samtliga avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicintekniska produkter. Om ett ärende bedöms vara ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska nämndens ordförande informeras så fort som möjligt. Två gånger om året får nämnden en sammanställning av förvaltningens alla lex Sarah-ärenden.

För att säkra ett väl fungerande förbättringsarbete ansvarar MAS, enhets- och verksamhetschef för att årligen sammanställa och analysera samtliga avvikelser för att finna mönster och trender som indikerar brister i kvaliteten. Vid minst nio tillfällen per år ska samtliga medarbetare få information och återkoppling på avvikelserna. I den omfattande lex Sarah utredning som genomfördes under 2018 framkom olika uppfattningar kring huruvida avvikelser analyserats och utgjort underlag för förbättringsarbete. Det är en planerad åtgärd att utveckla detta. Enligt intervjupersonerna har sådant underlag ännu inte presenterats.

Samtliga rutiner för hantering av avvikelser anger att uppföljning för att kontrollera om genomförda åtgärder gav förväntad effekt ska göras senast tre månader efter avslutad utredning. Det har tagits fram en blankett för dokumenterad uppföljning av beslutade åtgärder

i utredningar avseende lex Sarah, sådan uppföljning har dock inte hunnit ske på Linelyckan. Sedan tidigare finns liknande blankett för uppföljning av lex Maria.

Efter den omfattande lex Sarah-utredning som genomfördes under 2018 har uppföljning av vidtagna åtgärder, vad som pågår och vilka åtgärder som återstår presenterats för nämnden en gång under 2018 och hittills en gång under 2019. Vid intervjuer framhåller nämndens presidium att de känner sig väl förtrogna med arbetet och att det i hög grad är det operativa arbetet som utvecklas. Det finns en punkt på dagordningen "förvaltningen informerar" där muntlig information kring hur arbetet fortlöper kommer nämnden till del.

3. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

För att komma till rätta med de uppmärksammade missförhållandena på Linelyckan har det genomförts en omfattande omstrukturering av personalen. Processer och rutiner har upprättats, utbildningsinsatser har genomförts och brukares individuella planering har gått genom. Det har dragit ut på tiden med rekrytering av enhetschef och resultat av vidtagna och planerade åtgärder på längre sikt kan ännu inte utläsas.

Vår sammanfattande bedömning är dock att vård- och omsorgsnämnden ännu inte har säkerställt att tillräckliga åtgärder har vidtagits på det särskilda boendet Linelyckan. Vi grundar vår bedömning på nedan iakttagelser och bedömningar utifrån respektive revisionsfråga.

3.1. Bedömningar och svar på revisionsfrågor

3.1.1. Vilka omstruktureringar har skett gällande personalresurser och arbetsledning?

Till april 2019 hade 38 procent av den tidigare personalen avslutat sin anställning eller omplacerats och 19 personer hade nyrekryterats till enheten. Tidigare enhetschef valde att avsluta sin anställning och ny enhetschef är anställd och påbörjar arbetet i juni 2019. Under tiden har en resurschef bemannat tjänsten som enhetschef. Vårdtyngd och arbetsbelastning varierar mellan avdelningarna, såväl som introduktion av nyanställda. Vi bedömer det som positivt att en särskild schemagrupp har tillsatts för att se över planering av schemaläggning och att personalen kommer att vara delaktig i arbetet.

3.1.2. Finns tillräckliga larmrutiner på boendet och sker uppföljning av att de efterlevs?

Delvis. Antalet larm har setts över och bedöms nu i större utsträckning stämma överens med behovet hos brukarna. Larmrutiner har setts över och tydliggjorts. Det finns olika typer av larm, och uppföljning kan ske på olika sätt.

Vi bedömer att egenkontroller av larmlistor och att larm är påslagna inte genomförs i tillräcklig omfattning. Det är av vikt med en samlad uppföljning utifrån egenkontroll, avvikelser och uppföljning av brukares ordination för att säkra att larmen fyller sin funktion.

3.1.3. Finns det ett strukturerat arbete med egenkontroller och avvikelser?

Delvis. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anger att processer och rutiner med hjälp av ett systematiskt förbättringsarbete ska bidra till att verksamheten uppnår kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet ska bland annat bestå av egenkontroll och hantering av avvikelser. Det finns en planering för vilka egenkontroller som ska genomföras under kvalitetsåret. Vi finner dock ett flertal kontrollpunkter i de åtgärder som nämnden har planerat utifrån identifierade missförhållanden som det inte finns någon planerad egenkontroll för.

Bakomliggande orsak till av avvikelser, missförhållanden och vårdskador visar bland annat på bristande följsamhet till rutiner. Vi vill poängtera vikten av att säkerställa ändamålsenlighet och följsamhet till framtagna processer och rutiner. Egenkontrollen behöver kompletteras med kontrollpunkter utifrån riskanalyser av upprättade processer och rutiner i enlighet med föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Exempel på

detta är kontroll av larmlistor och uppföljning av att larm är påslagna och fungerar. Vidare bör ifyllda signeringslistor kontrolleras och följas upp.

Arbetet med avvikelser har tydliggjorts och förbättrats. Det framkommer dock att tystnadskultur och besvär att rapportera kränkande behandling av brukare kvarstår. Vi bedömer att information om och återkoppling av vilket resultat avvikelserapporteringen leder till inte genomförs i tillräcklig utsträckning, men är av yttersta vikt för att visa på syftet med avvikelserapportering. För detta behöver uppföljning av beslutade åtgärder och analys av mönster och trender som indikerar brister i verksamheten dokumenteras, kommuniceras och utgöra underlag för förbättringar i verksamheten.

Vi vill vidare framhålla att det åligger nämnd att besluta om rutiner för lex Sarah.

3.1.4. Finns det ett strukturerat arbete med brukarfokus?

Delvis. Det iaktas planerade åtgärder för att säkra att arbetet på Linelyckan sker med brukaren i fokus. I socialtjänstlagen anges att genomförandet av en insats ska dokumenteras. För ett strukturerat arbete med brukarfokus bedömer vi att planerade insatser i genomförandeplanerna inte har en tillräcklig koppling till mål för brukaren. Att de inte följs upp och utvärderas i enlighet med dokumenterad planering indikerar ett bristande brukarfokus.

Personal beskriver en förbättrad kultur och ett tydligare arbetssätt genom skriftliga processer och rutiner, men framhåller att vårdtyngden på de olika avdelningarna varierar såväl som sjukfrånvaron och antalet vikarier. Vi bedömer att detta är en risk då det kan bidra till fortsatt missnöje och bristande möjligheter till ett fullgott brukarfokus på enheten.

3.1.5. Finns det ett ändamålsenligt värdegrundsarbete?

Nej. I lex Sarah-anmälan till IVO finns beslut om åtgärder att planera arbetet med värdegrund och vision. Vi delar intervjupersonernas uppfattning om att värdegrundsarbetet ännu inte har hunnit påbörjas och vill betona att det är av stor vikt för ny enhetschef att snarast samla de nya arbetsgrupperna kring arbetet med värdegrund för att motverka att negativa kulturer åter skapas.

3.1.6. Finns det tydliga strukturer för arbetsordning?

Delvis. Arbetet har påbörjats. Vi bedömer att ny enhetschef behöver fortsätta det arbete som tillförordnad enhetschef påbörjat med att tydliggöra vilket ansvar som åligger vilken funktion och bedömer det positivt att kvalitetsutvecklare arbetar med att se över personalens arbetsordning.

Förutsättningar att säkra brukarna vård, omsorg, stöd och service som anpassas efter den enskildes behov och ger möjlighet till god livskvalitet ser olika ut på de olika avdelningarna på Linelyckan. Som nämnts tidigare varierar vårdtyngd, sjukfrånvaro och antal vikarier mellan avdelningarna, vilket vi bedömer påverkar möjligheterna till genomförande av förbättrande åtgärder.

Bristande ledarskap bedömdes utgöra en bakomliggande orsak till uppmärksammade missförhållande på Linelyckan. Vi ser risker med att en enhetschef ska ansvara för över 50 medarbetare. Därtill är enhetschef på Linelyckan nyanställd utan tidigare kännedom om personal och boendet. Vi bedömer att ytterligare ledningsstöd behövs och att ledningsstrukturer behöver utvecklas mellan enhetschef och respektive avdelning för att

säkerställa att planerade åtgärder vidtas och når avsedd effekt för brukarna samtidigt som en god arbetsmiljö ska garanteras personalen.

3.1.7. Sker en tillräcklig uppföljning av förvaltning och nämnd?

Delvis. Det sker en återkommande uppföljning av rapporterade missförhållanden, HSL-avvikelser och vårdskador till nämnd. Som en del i planerad åtgärd att utveckla och återkoppla analys av mönster och trender i avvikelser som indikerar bristande kvalitet i verksamheten har en blankett tagits fram. Som tidigare nämnts bedömer vi denna analys utgöra en bidragande faktor till att öka rapporteringsbenägenheten i de fall avvikelser uppmärksammas i verksamheten.

Det finns en planering för hur och i vilken omfattning vidtagna åtgärder utifrån identifierade missförhållanden ska följas upp och rapporteras till nämnd. För att säkerställa att ändamålsenliga åtgärder har vidtagits är det vår bedömning att uppföljning behöver struktureras och systematiseras till att innefatta resultat av genomförda egenkontroller och uppföljning av följsamhet till framtagna processer och rutiner. Allt i syfte att skapa ett systematiskt förbättringsarbete.

3.2. Rekommendationer

Vi rekommenderar vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Säkerställa kontinuitet och följsamhet till rutiner på såväl enhets- som avdelningsnivå.
- ▶ Besluta om rutiner för lex Sarah.
- ▶ Komplettera planerade egenkontroller med kontrollpunkter utifrån upprättade processer och rutiner. Kontrollpunkter identifieras med fördel genom riskanalys.
- ▶ Tillse att planerade insatser i genomförandeplaner har koppling till mål och följs upp och utvärderas i enlighet med planering.
- ▶ Tillse att uppföljning av vidtagna åtgärder och analys av mönster och trender som indikerar brister i verksamheten dokumenteras, kommuniceras och används som underlag för förbättringar i verksamheten.

Lund den 21 augusti 2019

Sara Shamekhi
EY

Sofia Holmberg
EY

Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Vård- och omsorgsnämndens presidium – ordförande, vice ordförande och andre vice ordförande
- ▶ Förvaltningsdirektör
- ▶ Verksamhetschef för särskilt boende
- ▶ Kvalitetsutvecklare SoL
- ▶ Kvalitetsutvecklare HSL
- ▶ Tillförordnad enhetschef
- ▶ Vård- och omsorgspersonal – två olika gruppintervjuer, med personal som arbetat lång tid på Linelyckan och personal som påbörjat sin anställning på Linelyckan efter september 2018.
- ▶ Brukare – två boende på Linelyckans särskilda boende

Medverkat vid intervjuer

- ▶ Lennart Nilsson, förtroendevald revisor

Dokument

- ▶ Inspektionen för vård och omsorg. Beslut. Dnr 8.1.2-31953/2018-8
- ▶ Lex Sarah-utredning Dnr 2018/0424, 0432, 0433, 0438, 0443, 0470
- ▶ Egenkontroller SBÅ Linelyckan 190429
- ▶ Fördjupad delegeringsutbildning
- ▶ Information om värdesaker
- ▶ Kunskapstest grunddelegering
- ▶ Kvalitetsuppföljning brukarnivå 2018 och 2019
- ▶ Nyanställningar
- ▶ Till anhörig på Linelyckan
- ▶ Uppföljning AU och nämnd våren 2019 (ppt)
- ▶ Handbok – avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicintekniska produkter
- ▶ Lex Sarah – handbok för tillämpning i intern regi, rev. 2017-01-10
- ▶ Flödesschema – hantering av avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser
- ▶ Blankett – lex Sarah uppföljning av åtgärder
- ▶ Rutin – hantering av avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicintekniska produkter
- ▶ Rutin avvikelse Procapita Linelyckan HSL
- ▶ Rutin avvikelse Procapita Linelyckan SoL
- ▶ SoL och LSS- avvikelser. Process för hantering
- ▶ SoL och LSS-avvikelser. Rutin för ansvarsfördelning och hantering
- ▶ Kontaktmannaskap Linelyckan
- ▶ Kontaktman – anhöriga
- ▶ Leantavla rutin

- ▶ Läkemedelsrutin
- ▶ Natrutiner Linelyckan
- ▶ Rutin avresa från boendet
- ▶ Rutin posthantering
- ▶ Rutin Senior Alert
- ▶ Rutin uppföljning insatser
- ▶ Rutin – Skyddsåtgärder som ordinerar av legitimerad personal
- ▶ Rutin – Teamträffar särskilda boenden för äldre
- ▶ Rutin viktkontroll rullstolsvåg
- ▶ Viktlista Linegården Linelyckan
- ▶ Överrapportering rutin

Granskare har tagit del av samtliga lex Sarah-utredningar, lex Maria-utredningar, SoL-avvikelser, klagomål och synpunkter samt sammanställning av HSL-avvikelser under perioden september 2018-april 2019.

Granskare har tagit del av upprättade genomförandeplaner och upprättad ADL-taxonomi för samtliga boende på Linelyckan.

Granskare har tagit del av sammanställning av upprättade samordnad individuell plan (SIP)

Granskare har tagit del av underlag i samband med personalärenden som rapporter om missförhållande föranledde.

Granskare har tagit del av åtgärds- och handlingsplaner som upprättats utifrån rapporter om missförhållande.

Bilaga 1. Vidtagna/planerade åtgärder

- ▶ Arbetsrättsliga åtgärder riktade mot enskilda medarbetare.
- ▶ Omstrukturerering av personalresurser för att bryta osunda kulturer.
- ▶ Ny arbetsledning på Linelyckan. Rekrytering av ny enhetschef pågår och beräknas vara på plats maj-juni 2019. En resurschef är placerad på Linelyckan och har kvalitetsutvecklare SoL som stöd tills ny arbetsledning är på plats.
- ▶ Utbildning avseende avvikelser och rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah. Strukturerat arbete rörande egenkontroller, avvikelser, uppföljning samt återkoppling.
- ▶ Skapa skriftliga rutiner där sådana saknas och förankra gällande rutiner. Samtliga medarbetare har fått genomgång av rutinerna och de kommer regelbundet att lyftas på möten. Rutiner som avses är bl.a. rutin för överrapportering, rutin för kontaktmannaskap, nattrutiner, rutiner för LEAN-tavla samt läkemedelsrutiner.
- ▶ I december tillträdde en ansvarig medarbetare per avdelning med uppdrag att vara en länk mellan personal och enhetschef. Uppdraget innebär att tillse att arbetet på avdelningen sker utifrån rutiner och policy med brukaren i fokus.
- ▶ Tydliga strukturer kring arbetsordning gällande rapportering, ansvar och roller.
- ▶ Arbeta med kommunikation och överrapportering för att eliminera brister och otydligheter.
- ▶ Utbildning gällande dokumentation och genomförandeplaner.
- ▶ Kvalitetsutvecklare inom hälso- och sjukvård har fått uppdrag att säkerställa strukturen inom HSL.
- ▶ Skapa brukarfokus utifrån IBIC, individens behov i centrum.
- ▶ Regelbundna dialoger mellan enhetschef och personal rörande "varför vi är här" och "för vem är vi här".
- ▶ Arbeta med kommunens vision för tydliggörande av kulturen på arbetsplatsen.
- ▶ Ny planering kring arbetet med värdegrund och arbetet med kommunens vision.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg. Beslut. Dnr 8.1.2-31953/2018-8