

# **Karlshamns kommun**

**Granskning av omsorgsnämndens  
systematiska kvalitetsarbete**



**Building a better  
working world**

## Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Inledning .....</b>	<b>3</b>
1.1 Bakgrund .....	3
1.2 Syfte och revisionsfrågor .....	3
1.3 Genomförande .....	3
1.4 Revisionskriterier .....	4
<b>2. Iakttagelser .....</b>	<b>5</b>
2.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	5
2.2 Processer och rutiner .....	6
2.3 Systematiskt förbättringsarbete .....	7
2.4 Uppföljning och återrapportering .....	10
<b>3. Bedömning .....</b>	<b>13</b>
<i>Bilaga 1. Källförteckning .....</i>	<i>15</i>
<i>Bilaga 2. Nämndmål 2020 .....</i>	<i>16</i>
<i>Bilaga 3. Kompetensutvecklingsinsatser .....</i>	<i>17</i>
<i>Bilaga 4. Granskning av omsorgsnämndens protokoll .....</i>	<i>18</i>

## Sammanfattning

De förtroendevalda revisorerna i Karlshamns kommun har givit EY i uppdrag att granska omsorgsnämndens systematiska kvalitetsarbete.

Vår sammanfattande bedömning är att omsorgsnämnden inte fullt ut bedriver ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete som används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Vi har bland annat gjort följande iakttagelser:

- ▶ Det saknas ett övergripande dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som samlar processer, rutiner, samverkan och ansvarsområden.
- ▶ Det förekommer otydlighet kring ansvar och roller för arbetet som bedrivs enligt socialtjänstlagen.
- ▶ Det saknas ett strukturerat system för att samla rutiner och processer samt säkerställa att de är aktuella.
- ▶ Medarbetare efterfrågar enhetliga och fastställda processer för att säkra kvalitet.
- ▶ Det saknas riskanalyser utifrån processer och rutiner för att finna risker i befintlig verksamhet.
- ▶ Det genomförs övergripande egenkontroller som resulterar i åtgärder. Åtgärderna är dock inte alltid konkretiserade och det saknas planering för hur resultatet av åtgärder ska följas upp.

Vi har bland annat gjort följande iakttagelser inom verksamheten särskilt boende:

- ▶ På vissa enheter inom särskilt boende finns goda exempel på rutiner, så som planeringstavlor.
- ▶ Intervjuade medarbetare från enheter inom särskilt boende upplever avvikelshanteringen som fungerande och att de har en lärande kultur.
- ▶ Medarbetare från verksamheter inom särskilt boende ser en risk i att de inte upprättar genomförandeplaner på samma sätt då det inte finns tillräckliga riktlinjer för det.

Vi har bland annat gjort följande iakttagelser inom verksamheten hemtjänst:

- ▶ Vissa medarbetare ser en utmaning i att hinna upprätta genomförandeplaner, som fungerar som rutin för arbetet, i tid.
- ▶ Medarbetare inom framförallt hemtjänsten uppger att vikarier har inneburit en hög arbetsbelastning då vikarier inte kan utföra alla arbetsuppgifter och att ordinarie medarbetare då får åka fram och tillbaka mellan olika brukare.
- ▶ Vissa intervjuade medarbetare från enheter inom hemtjänsten ser en risk med att alla avvikelser inte rapporteras.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi omsorgsnämnden att:

- ▶ Upprätta ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som samlar processer, rutiner, samverkan och ansvarsområden.
- ▶ Beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet
- ▶ Tillse en samlad analys av resultat från moment inom ramen för det systematiska förbättringsarbetet som ligger till grund för beslut om förbättrande åtgärder.
- ▶ Säkerställa att samtliga avvikelser rapporteras in.

## 1. Inledning

### 1.1 Bakgrund

Socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet och inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. En del i att säkerställa insatser av god kvalitet är att systematiskt följa upp de insatser som ges på såväl individ- och gruppnivå. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska användas för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet<sup>1</sup>.

Socialstyrelsens föreskrifter beskriver ett ledningssystem som ett systematiskt arbetssätt för att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt kontinuerligt förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska omfatta verksamhetens samtliga delar och innehålla följande moment:

- ▶ planera
- ▶ leda
- ▶ kontrollera
- ▶ följa upp
- ▶ utvärdera
- ▶ förbättra

Att resurser används och fördelas på bästa vis är en förutsättning för att kunna bedriva en så god service som möjligt för kommunmedborgarna. Detta fordrar en organisation i utveckling med tydligt fokus på ständiga förbättringar där förebyggande arbete, uppföljning och utvärdering är viktigt. Mot bakgrund av ovan har revisorerna i Karlshamns kommun beslutat att granska kvalitetsledning inom omsorgsnämnden.

### 1.2 Syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet med granskningen är att bedöma om omsorgsnämnden bedriver ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete som används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Granskningen ska särskilt belysa om kvalitetsarbetet bedrivs på samtliga nivåer i verksamheten.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Finns det ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?
- ▶ Är ansvar för kvalitetsarbetet tydligt definierat?
- ▶ Är centrala arbetsprocesser och rutiner identifierade, dokumenterade och fastställda?
- ▶ Bedriver nämnden ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete?
- ▶ Sker det en tillräcklig uppföljning och återrapportering av kvalitetsledningssystemet?

### 1.3 Genomförande

Granskningen har skett genom dokumentstudier avseende mål, riktlinjer och andra styrande dokument. Därtill har det skett en genomgång av nämndens protokoll för 2020.

---

<sup>1</sup> Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Intervjuer har genomförts med förvaltningschef, verksamhetschefer, enhetschefer, kvalitetsutvecklare samt medicinskt ansvarig sjuksköterska. Vidare har gruppintervjuer skett med urval av vård- och omsorgspersonal på två av kommunens särskilda boenden, från två av kommunens hemtjänstgrupper samt en grupp biståndshandläggare från avdelningen myndighet och resurs. Även omsorgsnämndens presidium har intervjuats.

#### **1.4 Revisionskriterier**

##### ***Kommunallag (2017:725)***

Nämnder ska enligt 6 kap. 6 § KL inom sitt ansvarsområde se till att verksamheten bedrivs i enlighet med kommunfullmäktiges mål och riktlinjer, samt i enlighet med lagar och författningar som gäller för verksamheten. Nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt.

##### ***Socialtjänstlagen (2001:453)***

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

##### ***Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)***

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den som bedriver socialtjänst ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra kvalitet och det ska framgå vilka processer som kräver samverkan och hur detta ska ske. Föreskrifterna anger också att ett systematiskt förbättringsarbete med riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser ska säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt. Kvalitetsarbetet ska dokumenteras och bör sammanställas i en årlig kvalitetsberättelse.

##### ***Kommunfullmäktiges mål***

Relevanta mål satta av kommunfullmäktige framgår av tabellen i bilaga 2.

##### ***Omsorgsnämndens reglemente***

Enligt reglemente ansvarar omsorgsnämnden för kommunens uppgifter inom socialtjänsten rörande äldreomsorg och omsorg för personer med funktionsnedsättning (dock inte enligt lagen (1993:387) med stöd och service till vissa funktionshindrade och verksamheten inom socialpsykiatri). Nämnden är socialnämnd enligt socialtjänstlagen (2001:453) och andra författningar för ovan beskrivna ansvarsområden och utövar i dessa delar ledningen över socialtjänsten.

## 2. Iakttagelser

### 2.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

#### *Styrning*

Vid intervjuer uppges att nämndens systematiska kvalitetsarbete utgår från de mål som omsorgsnämnden har beslutat om (se bilaga 2), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt vad som framgår av förvaltningens verksamhetsplan. Nämnden har inget dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som samlar processer, rutiner, samverkan och ansvarsområden.

Omsorgsnämndens mål anger bland annat att verksamheten ska utveckla nya lösningar och arbetssätt för att höja kundens livskvalitet och inflytande utifrån verksamhetens befintliga resurser. Vidare ska verksamhetens professioner använda sin fulla potential och kompetens och utforma verksamheten utifrån kundens individuella behov och resurser.

Chefer på olika nivåer ansvarar för att bryta ner målen för sina respektive verksamheter. Enhetschefer ska omsätta målen i aktiviteter. Varje enhet har en verksamhetsplan som utgår från de mål de ska nå. Intervjuade medarbetare i verksamheter för särskilt boende och hemtjänst uppger att de inte deltar i arbetet med att bryta ner mål eller aktiviteter för verksamheten. Samma övergripande mål gäller för de båda verksamhetsområdena.

Av omsorgsnämndens verksamhetsplan och internbudget 2020 framgår att nämnden har definierat fyra fokusområden som verksamheten ska arbeta med de närmaste tre åren, enligt nedan:

- ▶ Individens behov i centrum (IBIC)<sup>2</sup>
- ▶ Digital teknik
- ▶ Demens
- ▶ Vidareutveckla samarbetet med intresseorganisationerna

Vid intervju beskrivs implementeringen av IBIC som en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. Det framkommer att verksamheten har arbetat med att införa IBIC i förvaltningarna sedan år 2013. IBIC har införts inom verksamheten myndighet och resurs. Intervjuade uppger att utbildningsinsatser delvis pausats på grund av covid-19. Det finns en planering för att återuppta implementeringen under 2021.

Omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse innefattar övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet. Av dokumentet framgår övergripande processer för samverkan för att förebygga vårdskador och hur patienter och närstående görs delaktiga i vården.

Nämndens kvalitetsberättelse för 2020 innefattar en handlingsplan för att skapa en processorganisation. Det framgår inte av handlingsplanen när arbetet förväntas vara klart. Det framgår att syftet med en processorganisation är att ha samma standardiserade arbetssätt inom förvaltningens olika enheter. Vid intervjuer med funktioner på olika nivåer i verksamheten framhålls behovet av förvaltningsövergripande processer i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

#### *Ansvar och roller*

Av intervjuer framgår att det finns olika uppfattningar kring huruvida ansvar och roller är tydliggjorda i arbetet med att säkra och förbättra kvalitet.

---

<sup>2</sup> Ett arbetssätt för socialtjänsten att identifiera och beskriva individens behov, resurser, mål och resultat inom olika livsområden i det dagliga livet.

Patientsäkerhetsberättelsen tydliggör organisation och ansvar för arbetet med patientsäkerhet i syfte att säkra en god vård. Det anges bland annat att omsorgsnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten. Nämnden ska även fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera dessa. Vidare anges ansvarsområden för förvaltningschef, enhetschefer, hälso- och sjukvårdspersonal samt medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Det saknas en liknande beskrivning för nämndens arbete utifrån socialtjänstlagen.

Enhetschefer anser att ansvar för kvalitetsarbetet är tydligt inom deras enheter. Det uppges dock att det finns en otydlighet i roller och ansvar mellan stödfunktioner och förvaltningsledning avseende det övergripande kvalitetsarbetet. Handlingsplanen för processorganisation ska enligt uppgift tydliggöra detta.

## 2.2 Processer och rutiner

Rutiner och dokumenterade arbetsprocesser finns enligt uppgift, att tillgå på intranätet och i verksamhetens interna mappar. Enhetschefer ansvarar för att rutinerna är uppdaterade och kända inom verksamheten. Vid intervju framkommer att det inte finns en tydlig och dokumenterad process för upprättande eller revidering av rutiner. Enligt intervjuade ska rutinerna uppdateras årligen, men det är oklart när och vilka rutiner som bör revideras. De dokumenterade rutinerna vi har tagit del av saknar datering. På vissa enheter genomförs veckovisa möten för att diskutera revidering av rutiner medan det inte sker lika systematiskt på andra enheter.

Vi har tagit del av följande övergripande rutiner inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet:

- ▶ Rutin för avvikelshantering
- ▶ Rutin för hantering av lex Sarah

Rutin för avvikelshantering innehåller instruktioner kring vem som ska rapportera en avvikelse, när den ska rapporteras, var och hur den ska rapporteras samt vem som mottar avvikelserapporteringen. Rutinen beskriver även vad en avvikelse innebär och ger exempel på olika typer av avvikelser samt var ansvaret ligger vid allvarliga avvikelser och hur dessa ska hanteras.

Rutin för hantering av lex Sarah innehåller beskrivning av ansvar, instruktioner för rapportering av missförhållande samt vad ett missförhållande innebär.

Vid intervjuer med medarbetare inom omsorgsverksamheten framkommer att det skiljer sig åt mellan enheter hur mycket de utgår från dokumenterade processer och rutiner i sitt arbete.

Biståndshandläggare utgår till stora delar från arbetssättet IBIC i sitt dagliga arbete.<sup>3</sup> De anser att arbetssättet ger ett bra stöd i handläggningen och möjliggör individuella bedömningar. Dock efterfrågas fler rutiner för arbetet och att övergripande riktlinjer tydliggör ambitioner för vad som utgör skälig levnadsnivå i olika situationer. Avsaknad av rutiner och riktlinjer medför enligt intervjuade en risk för att handläggningen inte är likvärdig. Det uppges därtill vara svårt att introducera nya handläggare utan några ytterligare rutiner utöver IBIC. Omsorgsnämnden har beslutat om riktlinjer för förenklat bistånd.<sup>4</sup>

Medarbetare inom hemtjänsten arbetar framförallt utifrån de behov som framgår av beslutsunderlag och beviljade insatser. Utsedda kontaktpersoner ansvarar för att upprätta en genomförandeplan för respektive brukare. Enligt intervjuade saknas det en gemensam struktur för hur genomförandeplanerna ska dokumenteras. Vissa medarbetare upplever att det är svårt

<sup>3</sup> Arbetssättet har implementerats fullt ut vid handläggning av ansökningar avseende hemtjänst.

<sup>4</sup> Beslutet fattades den 22 april 2020.

att hinna med att upprätta genomförandeplaner. Hemtjänstpersonalen har ännu inte utbildats i IBIC. I och med införande av nytt verksamhetssystem, som är strukturerat utifrån IBIC, behöver de ändå upprätta genomförandeplaner i enlighet med det nya arbetssättet. Genomförandeplaner utgör grund för arbetet och hur deras tid planeras. Genomförandeplanerna ska följas upp löpande.

Även medarbetare på särskilt boende utgår framförallt från genomförandeplaner i sitt dagliga arbete. Brukarnas genomförandeplaner ligger också till grund för att introducera vikarier i arbetet. En utmaning med genomförandeplanerna är att de är olika utformade beroende på vem som har upprättat planen, liksom inom hemtjänsten.

För att säkra kvaliteten i arbetet har en av de intervjuade enheterna inom särskilt boende tagit fram en så kallad planeringstavla. Tavlan visualiserar arbetet som ska ske på respektive avdelning. På planeringstavlan står det vad som ska utföras under dagen samt vem som är ansvarig för vilken aktivitet. Exempel på aktiviteter är medicindelning och städ eller dusch. Kvaliteten i arbetet säkerställs genom att undersköterskorna prickar av aktiviteterna på tavlan för att säkerställa att de inte missat något. Undersköterskorna samlas vid tavlan två till tre gånger per dag för att säkerställa att de har genomfört samtliga aktiviteter. Eftersom samtliga avdelningar har samma system med planeringstavla underlättar det för medarbetare att täcka upp på andra avdelningar vid behov.

Under 2020 har det varit hög sjukfrånvaro bland personalen till följd av covid-19 och restriktioner. Detta har medfört fler vikarier i verksamheten. Intervjuade medarbetare inom hemtjänst och särskilt boende framhåller att fler vikarier innebär delvis ökad arbetsbelastning för den ordinarie personalen. Detta exemplifieras med att vikarier inte alltid känner till rådande rutiner och inte alltid har delegation för läkemedelshantering. Det tilläggs att antalet vikarier minskade under hösten och att planerare har arbetat aktivt för att vikarier ska återkomma till samma arbetsplatser. Därmed känner de till arbetet, vårdtagarna och övriga medarbetare, vilket underlättar det dagliga arbetet.

### **2.3 Systematiskt förbättringsarbete**

Intervjuade uppger att det systematiska förbättringsarbetet bedrivs genom egenkontroll och avvikelshantering samt att medarbetare, brukare och/eller anhöriga inkommer med synpunkter eller klagomål. Flertalet intervjuade uppger att det systematiska förbättringsarbetet är fungerande på enhetsnivå, men att det på övergripande nivå är svårt att se mönster eller få en bild av vad förbättringsarbetet resulterat i. Detta framgår även av kvalitetsberättelsen.

#### *Risikanalys*

Intervjuade uppger att risker uppmärksammas genom avvikelshantering. Riskanalys sker vid förändringar i verksamheten. Av patientsäkerhetsberättelse för 2019 framgår att det inte finns en övergripande riktlinje eller rutin för hur risk- och händelseanalyser ska ske på ledningsnivå i verksamheten. Riskanalyser sker främst i patientnära arbete.

Av kvalitetsberättelsen för år 2020 framgår att riskanalyser har genomförts under året. Då dokumentation förvarats på olika ställen går det inte att få en samlad bild av hur risker har hanterats. Utifrån detta ska följande åtgärder vidtas år 2021:

- ▶ Diskussion och beslut om ett systematiskt arbete med riskhantering i en processorganisation
- ▶ Utbildning av processägare, vilket innefattar riskhantering i processen.

#### *Egenkontroll*



Enligt intervjuade beslutas vissa delar av egenkontrollen i dialog mellan enhetschefer samt medicinskt ansvarig sjuksköterska och förvaltningsledning. Om enhetschefer ser behov av ytterligare egenkontroller så får de gehör från förvaltningsledningen för att genomföra dessa. Inom avdelning myndighet och resurs utför biståndshandläggare utför egenkontroller i form av aktgranskning av varandras ärenden för att säkerställa mer likvärdiga bedömningar. Intervjuade medarbetare inom hemtjänst och särskilt boende uppger att de känner till att egenkontroller genomförs. De får ofta ta del av resultatet rörande deras enhet.

Av patientsäkerhetsberättelsen för såväl år 2019 som 2020 framgår inom vilka områden som enhetschefer har genomfört egenkontroller och hur ofta per år det har genomförts. Nedan listas kontrollområdena:

- ▶ Basala hygienrutiner och klädregler
- ▶ Hygienronder
- ▶ Läkemedelshantering
- ▶ Avvikelser
- ▶ Läkemedelsgenomgång
- ▶ Kvalitetsregister
- ▶ Utredning blåsdysfunktion
- ▶ Patientens klagomål och synpunkter
- ▶ Natfastemätning
- ▶ Delegeringsprocess
- ▶ Teamsamverkan

De kontrollområden som utgjorde områden för förbättring år 2019 var teamsamverkan, vårdhygien och delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Av patientsäkerhetsberättelsen för år 2020 framgår att delegeringsprocessen har förbättrats kring läkemedelshantering, vilket har medfört färre läkemedelsavvikelser år 2020.

I kvalitetsberättelse för år 2020 framgår ytterligare egenkontroller som har skett under året. Egenkontroller har bland annat skett genom analys av öppna jämförelser inom särskilt boende och hemtjänst. Inom ordinärt boende har egenkontroller skett avseende hur vårdtagare upplever delaktighet i planering av social tid. Resultatet av kontrollen visade att 90 procent var helt nöjda och helt delaktiga i planering av den sociala tiden. Egenkontroller inom särskilt boende har skett genom kontroll av genomförandeplaner. Kontrollerna visade på olikheter mellan enheter och bristfällig information i planerna. För att avhjälpa bristerna har metodstöd med samtalsguide tagits fram inför skrivande och revidering av genomförandeplaner.

Utöver nämnda egenkontroller har även tre interna kontroller genomförts med syfte att säkra kvalitet i verksamheten:

- ▶ egenkontroller utifrån Inspektionen för vård och omsorgs granskningsmall
- ▶ granskning av verkställighetsdokumentation från beslut till genomförande
- ▶ informationsskyldigheten enligt lex Sarah-bestämmelserna.

Resultatet av de interna kontrollerna visar att kunskapen om syftet med egenkontroller och hur resultatet ska användas är mycket låg. Därtill framkom efter kontroll av 20 insatser att verkställighetsdokumentation och genomförandeplaner inte fullt ut fyller sitt syfte och inte heller möjliggör för uppföljning av insatsens resultat.

Den interna kontrollen av informationsskyldighet enligt lex Sarah-bestämmelserna genomfördes genom en enkät till 100 slumpmässigt utvalda medarbetare för att kontrollera att medarbetare förstår rapporteringsskyldigheten. Totalt svarade 27 medarbetare på enkäten. Resultatet visar att de medarbetare som svarade har tillräcklig kunskap om bestämmelserna enligt lex Sarah. Det ska dock tilläggas att det var en låg svarsfrekvens på enkäten, vilket kan medföra att resultatet inte speglar hela verksamheten.

Resultat av övergripande egenkontroller och ovan nämnd intern kontroll presenteras i kvalitetsberättelsen. Det framgår behov av åtgärder. Det är inte konkretiserat hur samtliga åtgärder ska genomföras.

#### *Hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål*

Av intervjuer framkommer att det främst rapporteras fallavvikelser och avvikelser utifrån läkemedelshantering. Det framhålls som ett utvecklingsområde att rapportera avvikelser kopplade till uteblivna ordinationer som avser rehabilitering.

De intervjuade har olika uppfattning om hur väl avvikelshanteringen ligger till grund för förbättrande åtgärder i verksamheten. Ett exempel på när avvikelshanteringen fungerat väl är då utbildningsinsatser planerades till följd av identifierade brister i ett flertal avvikelser. Flera intervjuade upplever dock att det inte sker en ordentlig utredning av avvikelser och att mönster från olika delar av verksamheten inte identifieras och analyseras.

Det framkommer också olika uppfattningar kring kulturen att rapportera avvikelser. Inom en del enheter ses, enligt intervjuade, avvikelshanteringen som en del i förbättringsarbetet och lärandet medan intervjuade från andra enheter upplever att kollegor kan ta illa upp personligen när avvikelser rapporteras. Det uppges vara en brist att det i vissa fall saknas kunskap om hur medarbetare ska rapportera avvikelser i IT-systemet samt att tidsbrist medför att de ibland glömmer att rapportera.

Rapporterade avvikelser diskuteras på arbetsplatsträffar eller vid vårdmöten utifrån enskilda brukare. Det framkommer av intervjuer att medarbetare saknar återkoppling på vad utredning av avvikelser har visat och vilka åtgärder som utredningen eventuellt har lett till.

Av kvalitetsberättelsen för år 2020 framgår antal inrapporterade avvikelser, enligt nedan:

Totalt antal avvikelser	Varav antal lex Sarah	Varav klagomål och synpunkter	Varav interna avvikelser
577	4	28	546

**Tabell 1.** Antal inrapporterade avvikelser år 2020. Källa: Kvalitetsberättelse för år 2020.

Av patientsäkerhetsberättelsen för år 2020 framgår det att läkemedelsavvikelser ökade något år 2019 jämfört med föregående år, för att sedan minska under år 2020. Enligt dokumentationen beror det på bättre följsamhet till rutiner och lagstiftning i delegeringsprocessens olika delar. Det framgår vidare att falltillbuderna utgör störst andel av rapporterade avvikelser. Antalet falltillbud har ökat sedan 2018. Utifrån detta nämns förebyggande arbete med riskbedömning samt planering, genomförande och uppföljning av åtgärder som ett förbättringsområde.

Under 2020 har det inkommit 14 synpunkter och klagomål rörande hälso-och sjukvård, där majoriteten avser läkemedelshantering och medicinsk behandling. Enstaka har handlat om skyddsutrustning samt kommunikation. Av kvalitetsberättelse för år 2020 framgår att ett flertal klagomål och synpunkter har avsett brister i kommunikation med anhöriga (både hemtjänst och särskilt boende) och brister med trygghetslarm. I övrigt speglar synpunkterna det som varit aktuellt under året, t ex inköp, besöksförbud, bemanning och semesterperioder kopplat till Covid-19.

Vi har tagit del av två lex Sarah-utredningar och en utredning av ett klagomål. Utredningarna beskriver händelserna, vilka orsaker som ligger bakom händelserna samt vilka eventuella åtgärder som planeras att vidtas utifrån det inträffade. Intervjuade medarbetare från berörda enheter uppgav att de har haft kännedom om pågående utredningar.

### Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Personalens kompetens påverkar deras möjligheter att medverka i arbetet med att säkra och utveckla kvalitet. Flertalet intervjuade medarbetare från hemtjänstverksamhet och särskilt boende har varit utsedda så kallade kvalitetsundersköterskor. Det uppges vara en ny roll som ska tilldelas en undersköterska i varje arbetsgrupp. Rollen innebär enligt intervjuade ett ansvar att bevaka kvalitetsarbetet särskilt och att stötta enhetschef och kollegor i det systematiska förbättringsarbetet. Vid tiden för granskningen har kvalitetsundersköterskorna ännu inte fått utbildning för uppdraget, men sådan är planerad. Samtliga intervjuade ser positivt på införandet av den nya rollen.

Under 2020 har förvaltningen arbetat med att ta fram en kompetensutvecklingsplan. Planen beslutades av omsorgsnämnden den 24 februari 2021. Insatserna ska finansieras genom statliga medel för kompetensutveckling inom äldreomsorg. Med utgångspunkt i kompetensutvecklingsplanen har det tagits fram en handlingsplan för kvalitetsutveckling som konkretiserar vilka insatser som ska göras.

Planerade insatser samlas inom nedan områden:<sup>5</sup>

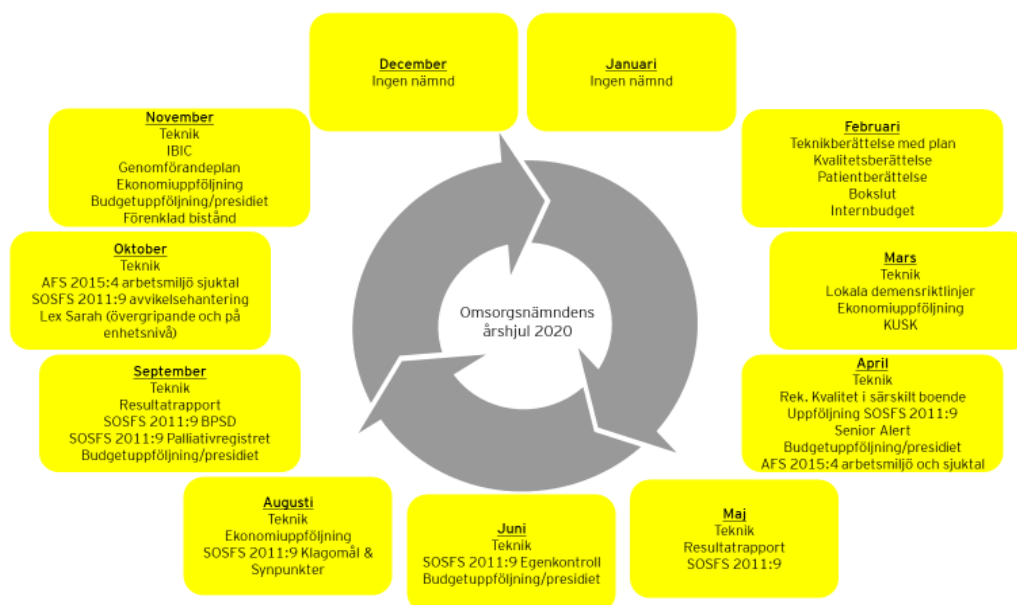
- ▶ Ledningsarbete för systematisk kvalitetsutveckling
- ▶ Fast omsorgskontakt/kontaktmannaskap
- ▶ IBIC

Ytterligare beskrivning av de olika insatserna återfinns i bilaga 3. Vid intervjuer med medarbetare inom hemtjänsten och särskilt boende framhåller de vikten av att enhetschef beaktar inkomna förbättringsförslag från personalen. Dessa lämnas inte alltid som synpunkt eller klagomål. De som intervjuats anser att deras respektive enhetschefer arbetar aktivt med inkomna förslag och att förslagen leder till förbättringar.

## 2.4 Uppföljning och återrapportering

Uppföljning och återrapportering till omsorgsnämnden följer ett framtaget årshjul. Årshjul för år 2020 illustreras nedan:

**Bild 1.** Omsorgsnämndens årshjul för år 2020.



<sup>5</sup> Punkterna är sammanfattade från det ursprungliga dokumentet.

Källa: Omsorgsnämndens årshjul 2020.

Vid intervjuer uppges att uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet främst sker i patientsäkerhetsberättelse, kvalitetsberättelse samt delårsrapporter och bokslut (resultatrapport). Det förekommer även att funktioner från verksamheten besöker nämndssammanträden för att berätta hur de arbetar med exempelvis avvikelshantering. Vi har granskat omsorgsnämndens protokoll för år 2020. Uppföljning relaterad till det systematiska kvalitetsarbetet som framgår utifrån protokollen redovisas i bilaga 4. Nämnden har under 2020 bland annat tagit del av patientsäkerhetsberättelse, resultatrapport och bokslut, intern budget och verksamhetsplan samt uppföljning avseende implementering av IBIC.

Vi har tagit del av omsorgsnämndens resultatrapport för år 2019 samt 2020, där det framgår att nämnden följer upp måluppfyllelsen samt resultat av genomförda interna kontroller. Utfall av måluppfyllelsen för år 2019 samt 2020 framgår av tabellen i bilaga 2. Nämndens mål inom särskilt boende är ej uppfyllt medan målet för hemtjänst är uppfyllt för 2020.

I resultatrapporten redovisas också en jämförelse av nettokostnadsavvikelse samt ett nationellt kvalitetsindex som utgår från brukarnas bedömning av äldreomsorgen. Karlshamn har lägst kvalitetsindex bland kommunerna i Blekinge 2019<sup>6</sup>.

2019	Karlshamn	Karlskrona	Ronneby	Olofström	Sölvesborg
Nettokostnadsavvikelse	5,10%	8,60%	0,80%	0,70%	6,70%
Kvalitetsindex	53	84	70	67	57

Omsorgsnämnden har inte tagit del av kvalitetsberättelse för år 2019. Dock har nämnden tagit del av kvalitetsberättelse för år 2020. I kvalitetsberättelsen får nämnden följande information:

- ▶ Hur uppgifter för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har fördelats
- ▶ Riskhantering
- ▶ Hur egenkontroller följts upp och utvärderats
- ▶ Hur avvikelser hanterats
- ▶ Beskrivning av förbättringar som genomförts

Resultatet av riskhanteringen och egenkontroller samt åtgärder och avvikelshanteringen är beskriven i avsnitt 2.3.

Vid rapportering av teknikanvändning får nämnden information om vilka tekniska lösningar som används och vilka tekniska lösningar det finns behov att utveckla. Detta relaterat till bland annat trygghetslarm, passersystem, läkemedelshantering, digitala möten och sociala aktiviteter.

Det framgår inte av protokoll från nämndens sammanträden i april och maj om och hur nämnden har följt upp Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, vilket de enligt sitt årshjul ska göra. Det framgår inte heller om eller hur nämnden har följt upp kvalitet i särskilt boende eller senior alert vid deras sammanträde i april.

Nämnden har inte sammanträtt i juni och augusti 2020. Vid sakgranskning framkom att nämndssammanträdena i juni och augusti uteblev på grund av uppmaning från krisledningsnämnden. Vid sakgranskning uppgavs även att krisledningsnämnden uppmanade att de skulle ha så korta sammanträden som möjligt och endast behandla det viktigaste. I september 2020 beslutade nämnden att godkänna förvaltningens plan för implementering av

<sup>6</sup> Det finns ännu inget sammanställt kvalitetsindex för 2020.

IBIC i hemtjänsten. Enligt plan ska verksamhetsstödet för IBIC vara fullt implementerad i maj år 2021. Det framgår inte av nämndens protokoll i september hur de har följt upp arbetet med BPSD (beteendemässiga och psykiska symptom vid demens) eller palliativregistret, vilket de ska enligt sitt årshjul.

I nämndens resultatrapport för januari-augusti 2020 framgår uppföljning av måluppfyllelse. Vidare fick nämnden information om förutsättningar och utmaningar för verksamheten. Rapporten redogjorde även för avvikelshantering, intern kontroll och egenkontroll.

Vid sammanträdet i oktober informerades nämnden om hur arbetet som kvalitetsundersköterska ska bedrivas i verksamheten. Under informationspunkten om lex Sarah informerades nämnden om hur rutiner efterföljs i verksamheten. Omsorgsnämnden delges information om enskilda lex Sarah-rapporter som information från förvaltningschefen.

Vid sammanträdet i december fick nämnden rapportering om införandet av IBIC i verksamheten.

Corona-pandemin anges som anledning till att nämnden inte har kunnat fullfölja sin planering enligt årshjulet under 2020. Stort fokus har legat på att ordna skyddsutrustning, hygienutbildningar samt planering av corona-team.

### 3. Bedömning

Vi bedömer att omsorgsnämnden inte fullt ut bedriver ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete som används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Vi grundar vår bedömning på att det saknas ett övergripande dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som samlar processer, rutiner, samverkan och ansvarsområden. Det förekommer en otydlighet kring ansvar och roller, främst för arbetet som bedrivs enligt socialtjänstlagen.

Den som bedriver verksamhet ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter. Granskningen visar att medarbetare inom arbetet med myndighetsutövning och arbetet med genomförande av insats inom särskilt boende och ordinärt boende efterfrågar enhetliga fastställda processer för att säkra kvalitet vid exempelvis upprättande av genomförandeplan. Nämnden saknar ett strukturerat system för att samla rutiner och processer och därtill säkerställa att de är aktuella och revideras vid behov. Vi bedömer att detta är en brist. Det ska dock tilläggas att det finns goda exempel på rutiner inom verksamheten, såsom arbetet med planeringstavlor på särskilt boende. Goda exempel kan med fördel användas inom flera delar av verksamheten.

Vi bedömer att det systematiska förbättringsarbetet behöver utvecklas. Det systematiska förbättringsarbetet består av riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering. Granskningen visar att det saknas riktlinjer för riskanalyser och att riskanalyser främst genomförs vid förändringar i verksamheterna eller i patientnära arbete. Vi ser positivt på att riskanalyser genomförs, men vill uppmärksamma nämnden på vikten av att genomföra riskanalys utifrån upprättade processer och rutiner för att finna risker i den befintliga verksamheten såväl som risker som uppstår vid förändringar.

Granskningen visar att övergripande egenkontroller genomförs och resulterar i åtgärdsförslag. Det utgör, enligt vår bedömning, en brist att dessa inte är konkretiserade och att det till viss del saknas planering för hur resultat av åtgärder ska följas upp. Vidare ser vi en risk i att det inte finns en kultur att rapportera avvikelser på alla enheter. Detta kan medföra att avvikelser inte uppmärksammas. Vi vill poängtera vikten av återkoppling av rapporterade avvikelser.

Nämnden har en löpande uppföljning av kvalitetsarbetet. För att tydliggöra styrningen av kvalitetsarbetet är det av vikt att skapa en formaliserad struktur för arbetet och säkerställa dokumentation av det som genomförs. Vi ser positivt på att nämnden uppmärksammat risker och brister avseende det systematiska kvalitetsarbetet och beslutat om en kompetensutvecklingsplan för verksamheten som har fokus på kvalitet. Även en handlingsplan för processorganisation utgör del i utvecklingsarbetet

Revisionsfrågor	Svar
<p>Finns det ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?</p>	<p>Delvis. Styrning av arbetet med kvalitet utgår från nämndens mål och indikatorer som fokuserar på brukarnöjdhet. Det finns inget dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som samlar processer, rutiner, samverkan och ansvarsområden. Nämnden har i kvalitetsberättelsen beslutat om en handlingsplan för att skapa en processorganisation, där huvudprocesser och rollbeskrivningar ska tas fram. Detta ser vi positivt på.</p>

<p>Är ansvar för kvalitetsarbetet tydligt definierat?</p>	<p>Delvis. Ansvar och roller för kvalitetsarbete med fokus på patientsäkerhet samlas i patientsäkerhetsberättelsen. Denna är att betrakta som en uppföljning av arbetet och inte som ett styrande dokument. Det saknas en beskrivning av ansvar och roll för nämndens kvalitetsutvecklare i förhållande till förvaltningsledning och enhetschefer.</p>
<p>Är centrala arbetsprocesser och rutiner identifierade, dokumenterade och fastställda?</p>	<p>Delvis. Det finns vissa dokumenterade rutiner och arbetsprocesser. Vid intervjuer framkommer dock att det råder skillnad mellan enheter avseende i vilken omfattning de utgår från dokumenterade arbetsprocesser och rutiner.</p> <p>Flera enheter efterfrågar dokumenterade rutiner i sitt arbete och vi noterar störst behov kring att säkerställa en likvärdig biståndsbedömning samt ett gemensamt arbetssätt för att upprätta genomförandeplaner. En enhets planeringstavlorna framhålls som ett gott exempel på hur verksamheten arbetar för att säkra ett utförande av god kvalitet inom och mellan avdelningar.</p>
<p>Bedriver nämnden ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete?</p>	<p>Delvis. Det systematiska förbättringsarbetet sker genom riskanalys, egenkontroll samt hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål. Det genomförs riskanalyser vid förändringar i verksamheten och i det patientnära arbetet.</p>
<p>Sker det en tillräcklig uppföljning och återrapportering av kvalitetsledningssystemet?</p>	<p>Delvis. Omsorgsnämnden utgår från ett årshjul som samlar uppföljning av arbetet med kvalitet. Vi noterar att de inte har följt årshjulet fullt under verksamhetsåret 2020.</p> <p>Nämnden följer upp mål och intern kontroll genom bokslut. Uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet sker genom kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.</p>

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi omsorgsnämnden att:

- ▶ Upprätta ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som samlar processer, rutiner, samverkan och ansvarsområden.
- ▶ Beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- ▶ Tillse en samlad analys av resultat från moment inom ramen för det systematiska förbättringsarbetet som ligger till grund för beslut om förbättrande åtgärder.
- ▶ Säkerställa att samtliga avvikelser rapporteras in.

Karlshamn den 21 maj 2021

Sofia Holmberg  
EY

Imelda Bengmark  
EY

## ***Bilaga 1. Källförteckning***

### **Intervjuade funktioner**

- ▶ Omsorgsnämndens presidium
- ▶ Förvaltningschef
- ▶ Kvalitetsutvecklare
- ▶ Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- ▶ Verksamhetschefer
- ▶ Enhetschefer
- ▶ Medarbetare från särskilda boenden
- ▶ Medarbetare från hemtjänst
- ▶ Biståndshandläggare

### **Dokument**

- ▶ Verksamhetsplan och internbudget 2020 (2021–2022)
- ▶ Omsorgsnämndens årshjul 2020
- ▶ Rutin för hantering av avvikelser
- ▶ Rutin för hantering av Lex Sarah
- ▶ Resultatrapport omsorgsnämnden år 2019 och 2020
- ▶ Handlingsplan processorganisation
- ▶ Protokoll från omsorgsnämndens sammanträden under år 2020
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse år 2019 och 2020
- ▶ Kvalitetsberättelse år 2020
- ▶ Handlingsplan kompetensutveckling
- ▶ Bokslut 2019 och 2020 för omsorgsnämnden
- ▶ Utredning Lex Sarah
- ▶ Utredning synpunkter och klagomål
- ▶ Vi har även tagit del av dokument så som enheters dagordning och protokoll från arbetsplatsträffar, enheters riskbedömningar, samverkansavtal vid utskrivningar och teknikplan



## Bilaga 2. Nämndmål 2020

Tabell 1: Nämndmål för omsorgsnämnden år 2020 samt utfall år 2019 och 2020.

Relevant inriktningsmål från KF:	Nämndmål:	Utfall år 2019	Utfall delår 2020	Utfall år 2020
Karlshamns tar ansvar för morgondagens samhälle	Verksamheten utvecklar nya lösningar och arbetssätt för att höja kundens livskvalitet och inflytande utifrån verksamhetens befintliga resurser			
<b>Indikator:</b> Andel brukare som är ganska/mycket nöjd med sin hemtjänst	<b>Indikationsnivå 2020:</b> 93%	<b>Utfall indikator:</b> 93%	<b>Utfall indikator:</b> Saknas	<b>Utfall indikator:</b> 91%
<b>Indikator:</b> Andel brukare som är ganska/mycket nöjd med sitt boende	<b>Indikationsnivå 2020:</b> 90%	<b>Utfall indikator:</b> 80%	<b>Utfall indikator:</b> Saknas	<b>Utfall indikator:</b> 80%
<b>Prioriterade insatsområden:</b>				
Digital teknik				
Utöka samverkan med civilsamhället				
Rätt insats- och omsorgsnivå				
Relevant inriktningsmål från KF:	Nämndmål:			
Karlshamn är en effektiv och innovativ organisation	Verksamhetens professioner använder sin fulla potential och kompetens samt utformar verksamheten utifrån kundens individuella behov och resurser			
<b>Indikator:</b> Antalet som arbetar heltid	<b>Indikatorsnivå 2020:</b> Från 51 % till 60%		<b>Utfall indikator:</b> 57%	<b>Utfall indikator:</b> 52%
<b>Indikator:</b> Sänka sjuktalen	<b>Indikatorsnivå 2020:</b> 31 dagar per anställd (samma som 2019)	<b>Utfall indikator:</b> 33,79	<b>Utfall indikator:</b> 20,9	<b>Utfall indikator:</b> 31
<b>Prioriterade insatsområden:</b>				
Gå från deltidsorganisation till heltidsorganisation				
Friskare arbetsplatser				
Kompetensutveckling				
Delegera optimalt				
Delaktighet				

Källa: omsorgsnämndens verksamhetsplan och internbudget år 2020. Resultatrapport omsorgsnämnden år 2019.

### **Bilaga 3. Kompetensutvecklingsinsatser.**

- ▶ Ledningsarbete för systematisk kvalitetsutveckling
  - Förbättringsteam (bestående av sjuksköterska, kvalitetsundersköterska, enhetschef och vid behov arbetsterapeut/fysioterapeut) på varje enskild enhet ska få sju halvdagars utbildning i lagkrav, roller och ansvar, ledningssystem, kvalitets- och säkerhetsarbete, egenkontroller, säkerhetskultur samt analys och bedömning.
- ▶ Fast omsorgskontakt/kontaktmannaskap
  - Uppdraget kontaktmannaskap ska omfördelas till undersköterskor utifrån kompetens, engagemang och färdigheter.
  - Intern utbildning genomförs innan sommaren inom särskilt boende och under senhösten inom ordinärt boende.
  - Implementeringsplan med uppföljning görs utifrån förutsättningarna inom verksamhetsområdena var för sig.
  - Den nya formen för kontaktmannaskap/fast omsorgskontakt ska vara påbörjat i hela verksamheten innan årets slut
- ▶ IBIC
  - Utbildning i basen av vad arbetssättet IBIC innebär.
  - Utbildning i verksamhetssystemet Life Care.

#### **Bilaga 4. Granskning av omsorgsnämndens protokoll.**

<i>Protokoll</i>	<i>Punkter relaterade till systematiskt kvalitetsarbete</i>
Protokoll omsorgsnämnden 2020-02-26	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teknik- och digitaliseringsberättelse 2019</li> <li>• Patientsäkerhetsberättelse 2019</li> <li>• Resultatrapport och bokslut 2019</li> </ul>
Protokoll omsorgsnämnden 2020-04-22	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapportering över teknikanvändning på Östralycke 2020</li> <li>• Riktlinjer</li> </ul>
Protokoll omsorgsnämnden 2020-05-18	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultatrapport och delårsbokslut januari-april 2020</li> </ul>
Protokoll omsorgsnämnden 2020-09-23	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultatrapport och delårsbokslut januari-augusti 2020</li> <li>• Plan för implementering av IBIC i hemtjänsten</li> </ul>
Protokoll omsorgsnämnden 2020-10-27	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uppföljning av arbetet med kvalitetsundersköterska</li> <li>• Information om Lex Sarah</li> <li>• Teknikrapportering - digitala möten, WiFi och trygghetslarm</li> </ul>
Protokoll omsorgsnämnden 2020-12-09	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uppföljning IBIC</li> <li>• Internbudget och verksamhetsplan omsorgsnämnden 2021</li> </ul>

*Källa: Protokoll från omsorgsnämndens sammanträden år 2020.*