



För kännedom:  
Kommunfullmäktige  
Partiernas gruppledare  
Kommunstyrelsen

Socialnämnden

## **Granskning av implementering och efterlevnad av riktlinjer och rutiner inom äldreomsorgen**

På vårt uppdrag har KPMG fått i uppdrag att granska på vilket sätt socialnämnden tillser att styrande- och stödande dokument kopplat till brukarna inom äldreomsorgen används på ett tillfredsställande sätt. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2020.

Syftet med granskningen är att bedöma på vilket sätt socialnämnden tillser att styrande- och stödande dokument kopplat till brukarna inom äldreomsorgen används på ett tillfredsställande sätt. Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att nämnden till *viss del* tillser att styrande- och stödande dokument kopplat till brukarna inom äldreomsorgen används på ett tillfredsställande sätt.

Dock har vi noterat vissa förbättringsområden som efterlevnad av fastställda styrande- och stödande dokument och säkerställande att samtliga berörda fått information när nya styrande och stödande dokument implementeras.

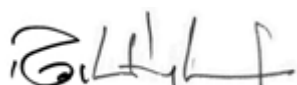
Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi socialnämnden att

- säkerställa att *Rutin för samordnad planering vid utskrivning från slutenvård till Luleå kommun* efterlevs.
- se över möjligheten att rapportera oönskade händelser, avvikelser, av allmän karaktär så som exempelvis att en brukare/vårdtagare får vänta orimligt länge på sjuksköterska.
- se över möjligheterna att ”öppna upp” så journaler och anteckningar kan läsas mellan de olika verksamheterna dvs. där det är behov att kunna läsa varandras anteckningar och journaler.
- säkerställa att samtliga oönskade händelser rapporteras som en avvikelse vilket rutinen *Vägledning - Avvikelser inom socialförvaltningen* stipuleras ska göras.
- tydliggöra vilka rutiner som finns samt var dessa kan finnas.
- säkerställa att samtliga medarbetare känner till/tagit del av de rutinbeskrivningar och styrande dokument som finns.

— säkerställa att samtliga medarbetare som har behov av att komma in i verksamhetssystemet får tillgång/inloggning till systemet.

Revisorerna överlämnar härmed granskningsrapporten för kännedom och yttrande. Yttrande från socialnämnden önskas senast den 2021-05-31.

För Luleå kommuns revisorer/

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rolf Höglund', written in a cursive style.

Rolf Höglund  
Ordförande



# Granskning av implementering och efterlevnad av riktlinjer och rutiner inom äldreomsorgen

Rapport

Luleå kommun

KPMG AB

2021-03-03

Antal sidor 20

Antal bilagor 3



Luleå kommun

Granskning av implementering och efterlevnad av riktlinjer och rutiner inom äldreomsorgen

2021-03-03

## Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
2	Inledning/bakgrund	3
2.1	Syfte, revisionsfråga och avgränsning	3
2.2	Revisionskriterier	4
2.3	Metod	4
3	Resultat av granskningen	5
3.1	Styrande- och stödjande dokument	6
3.2	Implementering, uppföljning och efterlevnad av beslutade styrande- och stödjande dokument	11
3.3	Kommunikation	14
4	Slutsats och rekommendationer	15
4.1	Rekommendationer	15
A	Bilaga - Svar på granskningsfrågorna	17
B	Bilaga – Rutiner och riktlinjer	19
C	Bilaga – Synpunkter från gruppintervjuer	20

## 1 Sammanfattning

Vi har av Luleå kommuns revisorer fått i uppdrag att granska på vilket sätt socialnämnden tillser att styrande- och stödjande dokument kopplat till brukarna inom äldreomsorgen används på ett tillfredsställande sätt. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2020.

Syftet med granskningen är att bedöma på vilket sätt socialnämnden tillser att styrande- och stödjande dokument kopplat till brukarna inom äldreomsorgen används på ett tillfredsställande sätt.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att nämnden till viss del tillser att styrande- och stödjande dokument kopplat till brukarna inom äldreomsorgen används på ett tillfredsställande sätt.

Dock har vi noterat vissa förbättringsområden som efterlevnad av fastställda styrande- och stödjande dokument och säkerställande att samtliga berörda fått information när nya styrande och stödjande dokument implementeras.

Mot bakgrund av vår granskning rekommenderar vi socialnämnden att

- säkerställa att *Rutin för samordnad planering vid utskrivning från slutenvård till Luleå kommun* efterlevs.
- se över möjligheten att rapportera oönskade händelser, avvikelser, av allmän karaktär så som exempelvis att en brukare/vårdtagare får vänta orimligt länge på sjuksköterska.
- se över möjligheterna att ”öppna upp” så journaler och anteckningar kan läsas mellan de olika verksamheterna dvs. där det är finns behov att kunna läsa varandras anteckningar och journaler.
- säkerställa att samtliga oönskade händelser rapporteras som en avvikelse vilket rutinen *Vägledning - Avvikelser inom socialförvaltningen* stipulera ska göras.
- tydliggöra vilka rutiner som finns samt var dessa kan finnas.
- säkerställa att samtliga medarbetare känner till/tagit del av de rutinbeskrivningar och styrande dokument som finns.
- säkerställa att samtliga medarbetare som har behov av att komma in i verksamhets-systemet får tillgång/inloggning till systemet.

## 2 Inledning/bakgrund

Vi har av Luleå kommuns revisorer fått i uppdrag att granska på vilket sätt socialnämnden tillser att styrande- och stödande dokument kopplat till brukarna inom äldreomsorgen används på ett tillfredsställande sätt. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2020.

Revisionen har fått ta del av riktlinjer och rutiner och konstaterar att det finns många styrdokument. Trots detta har ett flertal allvarliga händelser skett som till stor del beror på avsteg från rutinerna. Revisionen ser allvarligt på detta.

Med anledning av ovanstående har kommunens revisorer dragit slutsatsen i sin riskanalys, att kommunens rutiner kopplat till brukarna behöver granskas.

### 2.1 Syfte, revisionsfråga och avgränsning

Granskningen syftar till att bedöma på vilket sätt socialnämnden tillser att styrande -och stödande dokument kopplat till brukarna inom äldreomsorgen används på ett tillfredsställande sätt.

Granskningen har utgått från följande områden:

- Vilka styrande- och stödande dokument finns kopplat till brukarna vid kommunens särskilda boenden, hemtjänst samt korttidsboende?
- Har beslutade styrande- och stödande dokument implementerats på ett ändamålsenligt sätt;
  - a) vid kommunens särskilda boenden
  - b) inom kommunens hemtjänst
  - c) korttidsboende
- Hur säkerställs att upprättade styrande- och stödande dokument efterlevs i det dagliga arbetet?
- Finns system för att hantera avvikelser och i så fall hur hanteras avvikelserna?
- Vid avvikelser, vilken information ges till anhöriga?

Granskningen avgränsas till att omfatta särskilt boende, hemtjänsten samt korttidsboende. Utifrån inkomna handlingar kommer ett antal styrande- och stödande dokument kopplat till brukarna väljas ut för fortsatt granskning.

Granskningen avser socialnämnden.

## 2.2 Revisionskriterier

Vi har bedömt om rutinerna uppfyller

Vi kommer att bedöma om rutinerna uppfyller:

- Kommunallagen 6 kap. 6 §
- Socialtjänstlagen
- Hälso- och sjukvårdslagen
- Tillämpbara interna regelverk, policys och beslut

## 2.3 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer/avstämningar med berörda tjänstemän. Det har även genomföras gruppintervju med medarbetare inom särskilt boende, hemtjänsten och korttidsboende. Exempel på synpunkter som framkom vid gruppintervjuerna framgår av bilaga C. På grund av rådande pandemi har samtliga intervjuer skett digitalt.

Intervjuer har genomförts enligt följande:

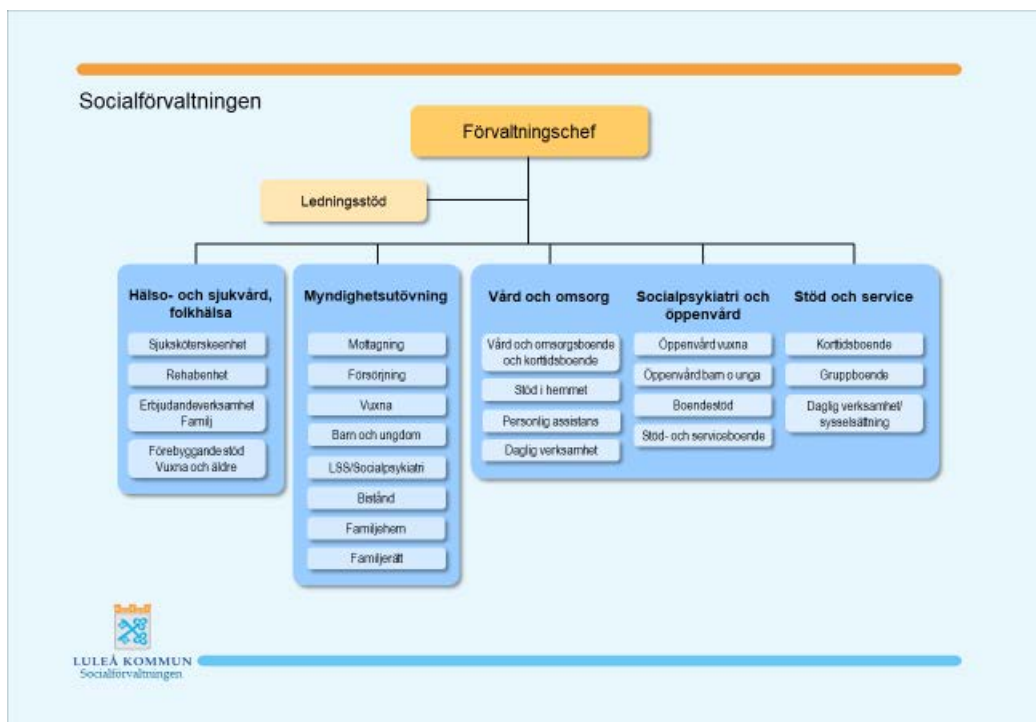
- två verksamhetschefer inom äldreomsorgen.
- åtta enhetschefer.
- tre gruppintervjuer med vårdpersonal inom äldreomsorgen.
- medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Rapporten är faktakontrollerad av verksamhetschefer samt MAS.

### 3 Resultat av granskningen

Socialförvaltningen har från den 1 februari 2021 genomfört en omorganisation där chefsledet områdeschefer tagits bort. Med den nya "plattare" organisationen framhöll verksamhetsföreträdare att beslutsvägarna blir kortare och att kommunikationen därmed förbättras.

*Socialförvaltningens organisation<sup>1</sup>*

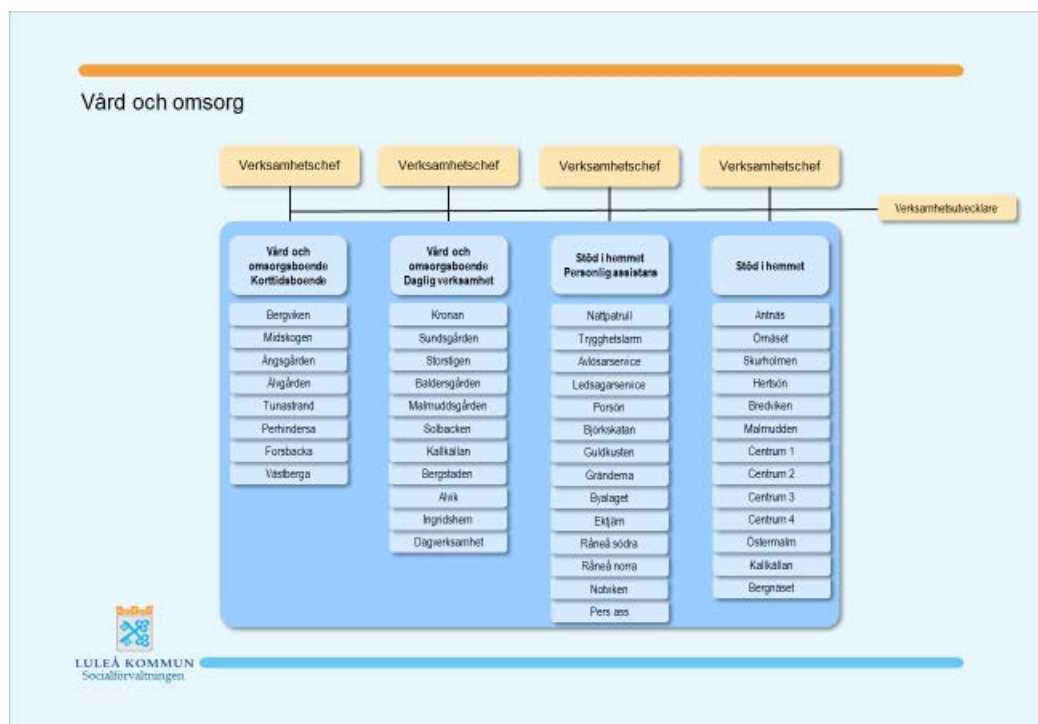


<sup>1</sup> Källa: Socialförvaltningen Luleå kommun 2021-02-05



Enhetscheferna för vår- och omsorgsboendena och stöd i hemmet är i och med den nya organisationen direkt underställd verksamhetscheferna. Verksamhetscheferna är i sin tur direkt underställd socialchefen.

*Organisation, verksamhetschefer - enhetschefer<sup>2</sup>*



### 3.1 Styrande- och stödjande dokument

Kopplat till granskningens syfte finns en stor mängd styrande- och stödjande dokument som medarbetare inom socialtjänstens verksamhetsområde ska förhålla sig till.

Utifrån de ca. 30 styrande- och stödjande dokument vi tagit del av inom ramen för denna granskning har vi valt ut fyra rutiner för närmare granskning. Där det är möjligt har rutinerna kopplats till granskningens syfte och ställda gränsfrågor. De rutiner som valts ut är; *Rutin för samordnad planering vid utskrivning från slutenvård till Luleå kommun*, *Kontakt med sjuksköterska – all baspersonell*, *Social dokumentation vid genomförande av insatser* samt *Vägledning - Avvikelse inom socialförvaltningen* beskrivs översiktligt nedan. Lista över samtliga styrande- och stödjande dokument som verksamheterna delgett oss framgår av bilaga B.

<sup>2</sup> Källa: Socialförvaltningen Luleå kommun 2021-02-05

### 3.1.1 Rutin för samordnad planering vid utskrivning från slutenvård till Luleå kommun<sup>3</sup>

Syftet med rutinen är att främja en god vård som ska leda till en trygg och säker utskrivningsprocess så snart som möjligt efter att vårdtagaren/brukaren blivit inskriven i slutenvården. Ledtiderna ska minska mellan slutenvård och kommunens resurser ska användas på ett patientsäkert och effektivt sätt. Uppdraget är, enligt rutinen, att på ett professionellt och effektivt sätt planera alla patienter/brukare även de som har ett omfattande behov av insatser och där det råder osäkerhet kring personens möjlighet att på ett tryggt och säkert sätt skrivas ut/omhändertas i hemmet/boende.

Sjuksköterskans koordinator ska enligt rutinen vidarebefordra inskrivningsmeddelandet till det boende som patienten tillhör. För de särskilda boendena är det ansvarig sjuksköterska som kvitterar meddelanden. Sjuksköterskan ansvarar för att överrapportera till enhetschef på boendet. Vad gäller de ordinära boendena ska samtlig legitimerad personal kvitterar sina egna meddelanden. I patientinformationen ska det tydligt framgå hur verksamheten planerar för hemgång.

### 3.1.2 Kontakt med sjuksköterska – all baspersonal<sup>4</sup>

Av rutinen framgår bland annat när baspersonal ska kontakta sjuksköterska samt kontaktuppgifter till sjuksköterska. Kontakt ska bland annat tas när brukaren/vårdtagaren misstänks ha skadats efter fall. Sjuksköterskan ska då ta ställning till vilka åtgärder som ska vidtas, ge råd och ordinationer upp till och med sjuksköterskenivå.

Om baspersonal ordinerar göra tillsynsbesök ska sjuksköterskan på ett tydligt sätt, muntligt eller praktiskt, instruera om vad tillsynen innefattar. Tillsynen ska därefter dokumenteras av baspersonalen och följas upp av ordinerande sjuksköterska.

### 3.1.3 Social dokumentation vid genomförande av insatser<sup>5</sup>

Dokumentation kan bestå av olika delar så som daganteckningar, journalanteckningar, genomförande- och vårdplaner etc.

Av rutinbeskrivningen *Social dokumentation vid genomförande av insatser* framgår att daganteckningar ska förs löpande för att underlätta informationsöverföringen mellan personalen. Vidare framgår att daganteckna är viktiga för att säkerställa att insatserna fungerar och så att inget missas eller glöms bort. Rutinen stipulerar vad baspersonal respektive enhetschef ansvarar för gällande daganteckning.

### 3.1.4 Vägledning - Avvikelse inom socialförvaltningen<sup>6</sup>

Det systematiska kvalitetsarbetet och ett aktivt arbete i verksamheten med avvikelser, samt synpunkter och klagomål ska leda till att förebygga missförhållanden och vårdskador.

---

<sup>3</sup> 2020-02-07

<sup>4</sup> 2020-05-13

<sup>5</sup> 2020-01-29

<sup>6</sup> Beslutad av socialchef, senast uppdaterad 2019-11-28

Att upptäcka, åtgärda och förebygga avvikelser från rutiner och brister, är enligt vägledningen en viktig del i det dagliga arbetet så att avvikelser inte uppkommer och att det inte upprepas.

En bra hantering av avvikelser på alla nivåer förbättrar också verksamheten och förvaltningens förutsättning till att öka kvalitén genom att lära av dessa händelser, utveckla och finna arbetssätt, metoder och öka samverkan mellan olika professioner kopplat till arbetet i uppdraget till deltagare/kund/klient/brukare/patienter.

Det är viktigt enligt rutinen att analys av avvikelser och utarbetande av åtgärder/lösningar sker så nära verksamheten som möjligt. Det är också viktigt att det råder en öppenhet i verksamheten så att medarbetare verkligen rapporterar inträffade händelser.

Chefens bidrag med stöd och förhållningssätt i att arbetet med avvikelshantering är viktigt. Ledningen ska uppmuntra och välkomna ett arbetssätt som innebär att medarbetarna uppmärksammar risker och inträffade avvikelser.

Chefen och förvaltningsledningen ansvarar att se till att de som arbetar med avvikelser har relevant kunskap och får det stöd som krävs för att kunna utföra sitt uppdrag, samt systematiskt och regelbundet följer upp avvikelser, synpunkter och klagomål samt effekter av de åtgärder som vidtagits i förbättringsarbetet.

För att främja en god kultur att rapportera avvikelser och missförhållanden/risk för missförhållanden fastslår vägledningen att följande punkter är viktiga:

- Respektive chef har ansvar för att samtliga medarbetare har kännedom om samtliga vägledningar och rutiner som avser området avvikelse samt kunskap om vikten av att registrera avvikelser liksom att gällande rutiner tillämpas.
- Information ska ges, muntligt och skriftligt, vid nyanställning och när enheten tar emot en praktikant som ska introduceras i verksamheten. Information ska också ges fortlöpande. På samma sätt ska nyanställda chefer på alla nivåer få en grundläggande genomgång av ansvar och tillvägagångssätt vid avvikelshantering och vid Lex Sarah anmälan.
- Tydliggörande att avvikelserapporteringen inte syftar till att söka fel och brister eller syndabocker, då det som regel är flera bakomliggande orsaksområden som lett till händelsen.
- Närmaste chef ska återkoppla till den som rapporterar en avvikelse eller har lämnat en Lex Sarah anmälan, samt till andra berörda om vilka åtgärder som har/kommer att vidtas som syftar till att förbättra den uppkomna situationen.
- Medarbetare ska vända sig till överordnad chef om upplevelsen är att ansvarig enhetschef/områdeschef inte vidtagit lämplig åtgärd/ingen åtgärd alls i anslutning till uppkommen avvikelse/Lex Sarah rapport/synpunkt och klagomål etc.

Följsamhet till rutinen, samt frågor anknytta till avvikelshandlingarna, synpunkter och klagomål etc ska löpande och systematiskt följas upp vid arbetsplatsträff (APT)/kvalitetsråd på respektive enhet/verksamhet och på alla nivåer.

### 3.1.5 Iakttagelser och bedömning – Styrande- och stödjande dokument

Vi konstaterar att det finns en stor mängd styrande- och stödjande dokument kopplat till äldreomsorgens verksamhetsområde. Vid intervjuer framkom att baspersonalen är medvetna om att de finns en stor mängd rutinbeskrivningar. Dock uppgavs att det inte går att ha kontroll på alla rutinbeskrivningar som finns då dessa är många till antalet.

Nedan redovisas de iakttagelser vi gjort kopplat till de rutinbeskrivningar vi granskat närmare.

#### *Iakttagelser kopplat till "Rutin för samordnad planering vid utskrivning från slutenvård till Luleå kommun"*

Överrapportering från Region Norrbotten ska enligt verksamhetsföreträdare ske till ansvarig sjuksköterska.

Ansvarig sjuksköterska informerar muntligen till berörd avdelning vad som gäller för vårdtagaren/brukaren efter hemgången från sjukhuset. Ansvarig sjuksköterska kan utifrån överlämnandet från sjukvården även skriva en epikris som baspersonalen får ta del av. Vid intervju framkom att överrapportering från sjukhus/sjuksköterska ansågs fungerade tillfredsställande. Dock framkom det att det händer att avrapportering från Region Norrbotten sker direkt till avdelningen om sjuksköterska inte finns tillgänglig. Vi anser att, utifrån patientsäkerhetssynpunkt, överrapportering från Region Norrbotten inte ska/får ske direkt till avdelning utan måste alltid gå till sjuksköterska.

Enligt *Rutin för samordnad planering vid utskrivning från slutenvård till Luleå kommun* ska överrapportering från Region Norrbotten ske till sjuksköterska som i sin tur rapporterar vidare till enhetschef på boendet. Utifrån de intervjuer som genomförts inom ramen för denna granskning bedömer vi att detta steg i rutinen inte efterlevs fullt ut. Överrapportering sker i vissa fall från Region Norrbotten direkt till avdelningen, rapportering från sjuksköterska till enhetschef efterlevs ej heller fullt ut.

Utifrån ovanstående rekommendera vi nämnden säkerställa att *Rutin för samordnad planering vid utskrivning från slutenvård till Luleå kommun* efterlevs.

#### *Iakttagelser kopplat till rutinen "Kontakt med sjuksköterska – all baspersonal"*

Baspersonalen ska kontakta sjuksköterska exempelvis om en persons allmäntillstånd försämras, äter dåligt, vid fall etc.

Det råder en delad bild över hur kontakt med sjuksköterska fås. Vid intervjuer framkom att det, framför allt på helgerna, kan vara svårt att få tag i en sjuksköterska. Det kan ta flera timmar att få tag i en sjuksköterska vilket framhölls var oacceptabelt med tanke på att brukaren/vårdtagaren kanske behöver hjälp direkt. Det framkom även vid intervju att det inte är svårt att få tag på sjuksköterskan, däremot kunde det dröja upp till ett par timmar innan sjuksköterskan kom till vårdtagaren/brukaren.

Vid intervju med baspersonal framkom att de saknade att kunna rapportera avvikelser av allmän karaktär så som att en brukare/vårdtagare fått vänta upp till en timme innan baspersonalen fått tag i en sjuksköterska. Detta är enligt uppgift inte möjligt idag.

Med utgångspunkt i ovanstående rekommenderar vi nämnden att se över möjligheten att rapportera oönskade händelser, avvikelser, av allmän karaktär så som exempelvis att en brukare/vårdtagare får vänta orimligt länge på sjuksköterska.

#### *lakttagelser kopplat till rutinen "Social dokumentation vid genomförande av insatser"*

Enligt företrädare för baspersonalen har samtliga medarbetare fått utbildning i hur dokumentation ska hanteras. Detta uppgavs varit en bra och välbehövlig utbildning.

Daganteckningar så som exempelvis hur brukaren/vårdtagaren sovit, om hen varit orolig etc. görs dagligen av baspersonalen. Det sker även skriftlig överrapportering från natt till dagbemanning, och vice versa.

Vid intervjuer framkom att vård- och omsorgspersonalen och hemtjänstpersonalen inte kan läsa varandras journaler och anteckningar. Detta uppgavs kunna skapa problem. Exempelvis om en hemtjänsttagare läggs in på korttidsavdelning har inte vård- och omsorgspersonalen tillgång till brukaren/vårdtagarens journal/anteckningar och omvänt när brukaren/vårdtagarens åker hem kan inte hemtjänstpersonalen se vad som antecknats av korttidspersonalen. För att underlätta för medarbetarna och säkerställa att rätt information kommer fram rekommenderar vi nämnden att se över möjligheterna att "öppna upp" så journaler och anteckningar kan läsas mellan de olika verksamheterna dvs. där det är finns behov att kunna läsa varandras anteckningar och journaler.

#### *lakttagelser kopplat till rutinen "Vägledning - Avvikelser inom socialförvaltningen"*

Vid intervjuer framhölls vikten av att anmäla oönskade händelser, detta för att dra lärdom och parera för att liknande händelser ska uppstå igen.

Samtliga medarbetare är skyldiga att rapportera en oönskad händelse, en avvikelse. Exempel på avvikelse kan röra falltillbud, läkemedel, bemötande, information/dokumentation, teknisk utrustning etc.

När en vårdtagare/brukare varit med om en oönskad händelse exempelvis ramlat undersöker baspersonalen vårdtagaren och kontaktar därefter ansvarig sjuksköterska om fallet. Rapportering av avvikelser sker i verksamhetssystemet Treserva, anteckning görs även i daganteckningen. När en medarbetare upprättar en avvikelse i Treserva går avvikelserna per automatik vidare till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) samt socialt ansvarig samordnare (SAS). Avvikelsen graderas i nivåerna ett till fyra, där fyra är den allvarligaste graden. MAS, MAR och SAS tar därmed del av rapporterade avvikelser.

Avvikelsen klassificeras genom gradering 1–4. Ansvarig enhetschef/sjuksköterska ska tillsammans med baspersonalen hantera klassificeringarna 1–2. Avvikelsen ses över exempelvis vad som kan göras annorlunda/bättre så att den oönskade händelsen inte upprepar sig. Sjuksköterskan följer upp och slutför/"stänger" avvikelserna när exempelvis åtgärder i tillräcklig omfattning vidtagits. MAS och MAR hanterar de allvarligare avvikelserna som klassificeras 3–4.

Alla externa avvikelser klassas som treor och hanteras därmed av MAS, MAR och SAS. Externa avvikelser kan bland annat vara att läkemedelslistan inte stämmer, bristfälliga ordinationer och bristande i informationsöverföring från sjukhuset.

## Luleå kommun

Granskning av implementering och efterlevnad av riktlinjer och rutiner inom äldreomsorgen

2021-03-03

När legitimerad personal skriver avvikelser får MAS digitalt meddelande MAS går även dagligen igenom listan över nyttillkomna avvikelser i verksamhetssystemet.

Enligt uppgift kan det vara svårt för baspersonalen att veta vad en avvikelse ska innehålla samt vilken yrkesgrupp och eller kategori som ska användas. Baspersonalen önskade mer specifika avvikelser att välja på vid rapportering.

Vid intervjuer framkom att det inte alltid skrivs en avvikelse trots att det skett en oönskad händelse. Vi rekommenderar därför nämnden att säkerställa att samtliga oönskade händelser rapporteras som en avvikelse vilket rutinen *Vägledning - Avvikelser inom socialförvaltningen* stipulera ska göras.

### Information till anhöriga

Vilken information anhöriga får utgår från överenskommelse som är gjord med brukare/vårdtagare och anhöriga. Det är olika från person till person hur mycket information brukaren/vårdtagaren önskar ge till anhöriga och hänsyn måste därför tas till sekretesslagstiftning. Finns samtycke att lämna information till anhöriga görs överenskommelse med brukare/vårdtagare och anhöriga vilken information som ska ges och hur ofta.

När det gäller avvikelser kopplat mot Hälso- och sjukvårdslagen ska, enligt verksamhetsföreträdare, sjuksköterskan kontakta anhöriga och när det gäller avvikelse enligt Socialtjänstlagen ska enhetschef kontakta anhöriga. Vid intervjuer framkom att medarbetarna inte kände sig helt trygga med anhöriga meddelas. Det framkom även att baspersonalen ibland meddelar oönskade händelser (avvikelser) till anhöriga.

### Uppföljning

Enligt verksamhetsföreträdare rapporteras mellan 400–500 avvikelser per månad. Socialnämndens enskilda utskott får ta del av statistik avseende avvikelser varannan vecka. Socialnämnden får via den årliga redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen ta del av statistik gällande exempelvis fall, antal uteblivna doser, utebliven vård- och behandling etc.

Ansvarig sjuksköterska kontaktar i de flesta fall avdelningen för att kontrollera hur vårdtagaren/brukaren mår. På Team-träffarna (där kontaktperson för den enskilde vårdtagaren/brukaren, sjuksköterska, rehab personer samt enhetschef ingår) avhandlas alltid avvikelser som uppstått. Upprepade exempelvis fallolyckor mynnar ut i en fallutredning där åtgärder vidtas och följs upp.

Vissa av de ansvariga sjuksköterskorna återkopplar till baspersonalen gällande den oönskade händelsen medan andra inte återkoppling på anmälda avvikelser.

## 3.2 Implementering, uppföljning och efterlevnad av beslutade styrande- och stödjande dokument

Enligt verksamhetsföreträdare har det uppmärksammats brister i efterlevnad av rutiner i verksamheterna. Med anledning av detta ska efterlevnad av rutiner inkorporeras i verksamheternas egenkontroller på ett tydligare sätt. I anvisningarna till egenkontrollerna ska det framgå att samtliga rutiner som respektive verksamhet berörs av ska gås igenom årligen.

Vid intervjuer med baspersonalen ansåg de sig ha någorlunda kontroll över vilka rutinbeskrivningar som finns samt vad de kan finna dessa. Det uppgavs att beroende på vilken rutin som avses finns rutinerna på olika ställen, exempelvis i pärmar på avdelningen och/eller på intranätet.

På Team-träffarna diskuteras rutiner kopplat till den enskilda vårdtagaren/brukaren. Vid intervjuer framkom dock att Team-träffarna i vissa fall endast var några gånger per år vilket ansågs för sällan utifrån brukarens/vårdtagarens perspektiv.

Vidare framkom att baspersonalen förut fick notera/signera att de hade tagit del av information så som exempelvis ny rutinbeskrivning dock görs ej så längre.

### 3.2.1 Implementering av styrande- och stödjande dokument

Nya och reviderade styrande- och stödjande dokument implementeras via linjeorganisationen, ibland med stöd av specialistkompetenser så som sjuksköterska eller rehabiliteringspersonal. Det finns enligt verksamhetsföreträdare bland annat kvalitetsråd inom samtliga verksamheter vilken anses utgöra en viktig del i att levandegöra exempelvis rutiner.

När styrande- och stödjande dokument beslutats och eller reviderats läggs de in i en sökbar databas "dokumentsök" på intranätet. Samtliga medarbetare inom socialtjänstens verksamhetsområde har åtkomst till "dokumentsök". Att navigera rätt i "dokumentsök" upplevs vara komplicerat. Därför har ett kommundemensamt arbete för att skapa ordning och sökbarhet för samtliga styrande- och stödjande dokument påbörjats dock har arbetet pausats med anledning av pågående pandemi. Parallellt arbetas det enligt uppgift även med ett nytt verktyg för processvisualisering som ska underlätta för medarbetare att hitta rätt information i varje arbetssteg/moment.

Enhetschefer informeras om nya/reviderade rutiner via e-post alternativt vid ledningsmöte, kvalitetsråd eller dyl. Enhetscheferna får därefter i uppdrag att informera baspersonalen om den nya/reviderade rutinen. Vid intervjuer uppgav företrädare för baspersonalen att de får information muntligt eller via mail. Det framkom dock att det inte alltid kommit enhetschefer och eller baspersonal till känna när nya och eller reviderade rutiner fastställts.

De mesta arbete som genomförs sitter enligt baspersonalen i ryggmärgen. Däremot önskar medarbetarna rutinerna utskrivna i fysisk (pappers) form, bland annat för att snabbt kunna ta fram rutiner. Hemtjänsten har utskrivna dokument i en pärm där de mest vanligt förekommande styrande- och stödjande dokumenten finns. Verksamhetschefer för korttidsverksamhet och vård- och omsorgsboendena planerar för ett liknande arbetssätt som hemtjänsten. Det uppgavs även finnas planer på att lägga in genomgång av samtliga rutiner i årshjulet.

Rutiner utskrivna i fysisk form ansågs av verksamhetsföreträdare kunna vara riskabelt eftersom ej gällande rutiner kan florera. Den reviderade rutinen kan eventuellt missas att skrivas ut och ersätta den gamla i upprättad rutinpärm.

Att brister uppmärksammas och ökat är enligt verksamhetsföreträdare bland annat beroende på att det gjorts en kraftfull satsning på att få en väl fungerande avvikelshandtering, vilket lett till ökad kännedom om var brister uppstått.

### Introduktion

Det finns ett fastställt program för introduktion som anpassats utifrån de olika yrkeskategorierna. Program omfattar både centrala insatser och arbetsplatsintroduktioner. Där emot uppgav verksamhetsföreträdare att rutiner inte funnits med i programmet på ett tydligt sätt men att det nu pågår ett arbete att införliva rutiner som en del i introduktionsprogrammet.

## 3.2.2 Efterlevnad och uppföljning av styrande- och stödjande dokument

Hemtjänsten har utskrivna styrande- och stödjande dokumenten i en pärm. För att säkerställa att samtliga medarbetare inom hemtjänsten tagit del av de styrande- och stödjande dokument som finns ska medarbetarna gå igenom dessa dokument och signerar att de har kunskap/tagit del av rutinen en gång per år. Verksamhetschefer för korttidsverksamhet och vård- och omsorgsboendena planerar enligt uppgift för ett liknande arbetssätt som hemtjänsten.

Uppföljning av styrande- och stödjande dokument sker till viss del genom via tillsynsfunktionerna SAS<sup>7</sup>/MAS<sup>8</sup>/MAR<sup>9</sup> samt genom informationssäkerhetssamordnare. Dessa uppföljningar delges nämnden årligen i de sammanfattande kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna.

### Egenkontroll

Efterlevnad av riktlinjer och rutiner följs till viss del upp via egenkontrollerna. Egenkontroll utförs två gånger per år. Vid dessa uppföljningar kontrolleras bland annat efterlevnaden av några styrande- och stödjande dokument.

Egenkontrollens syfte är följa upp verksamhetens/enhetens arbete med målet att äldre ska kunna leva ett värdigt liv i välbefinnande. Punkterna i egenkontrollen utgår från kärnuppdraget och kan utmynna i arbete med ständiga förbättringar.

Enhetscheferna, baspersonalen samt personal från hälso- och sjukvårsteamet genomför egenkontrollerna tillsammans. Skattning av de olika kontrollområdena görs i skala ett till fyra. Respektive enhetschef redovisar utfallet av egenkontrollen till verksamhetschef. Samtliga enhetschefer får ta del av varandras utfall i syfte att lära av varandra och byta erfarenheter. Utifrån utfallet kan det komma fram att ett visst område behöver stärkas/förbättras.

Någon enhetschef har även gjort stickprovskontroller för att stämma av att bilden (graderingen) som bestämts stämmer överens med verkligheten.

I egenkontrollerna kontrolleras bland annat:

- *Avvikelser*. Syfte med kontrollmomentet är att bedöma om det finns behov av förändringsarbete.
- *Social dokumentation*. All personalen ska ha kunskap om social dokumentation och dokumentera löpande.

---

<sup>7</sup> Socialt ansvarig samordnare

<sup>8</sup> Medicinskt ansvarig sjuksköterska

<sup>9</sup> Medicinskt ansvarig för rehabilitering



— *Information och stöd till anhöriga/legal företrädare.* Uppdraget är att hålla anhöriga/legal företrädare informerad om viktiga delar i brukarens omvårdnad och att stödja anhöriga, med beaktande av sekretessen och samtycke från brukaren.

Utöver ovanstående egenkontrollområden ska även ett antal områden kontrolleras exempelvis vård- och rehabplaner, vårdhygien, genomförandeplanen etc.

### 3.3 Kommunikation

Kommunikation mellan de olika yrkeskategorierna kan se olika ut på olika avdelningar, boenden, verksamheter etc. Vid intervjuer uppgavs exempelvis att det finns en brist i kommunikationen framför allt mellan sjuksköterskor och baspersonal.

Baspersonalen önskar att få exempelvis en ordination av sjuksköterskan vid bland annat såromläggning eller kateterbyte etc. Detta fungerar enligt uppgift inte tillfredsställande. Treserva ska enligt verksamhetsföreträdare bland annat fungera som en brygga mellan sjuksköterskor och baspersonal. Dock används Treserva inte på detta sätt då personalen, både sjuksköterskor och baspersonal, inte använder Treserva för detta ändamål. Information/kommunikation av denna karaktär uppgavs i merparten av fall ges muntligen. Problemet ansågs av baspersonalens bland annat bero på att inte samtliga medarbetare har tillgång/inloggning till Treserva.

Kommunikationen mellan korttidsverksamheten och hemtjänsten uppgavs vid intervju av vissa inte fungera tillfredsställande. Det framfördes även kritik mot att baspersonal och sjuksköterskor inte kan läsa varandras daganteckningar.

#### 3.3.1 Bedömning - Implementering, uppföljning och efterlevnad av beslutade styrande- och stödjande dokument

Vi ser positivt på att det pågår ett arbete med att tydliggöra, synliggöra och strukturera upp bland annat beslutade rutiner. Att skriva under att information, ny rutin etc. mottagits säkerställer att all personal tagit del av information, nya rutiner eller dyl.

Vår bedömning utifrån genomförda intervjuer med framförallt baspersonalen är att baspersonalen är medvetna om att det finns rutiner och riktlinjer men att de inte har kontroll på alla rutiner som finns då mängden styrande- och stödjande dokument är omfattande. Det framkom även att det inte alltid kommit enhetschefer och eller baspersonal till känna när nya och eller reviderade rutiner fastställts. Vidare är vår bedömning att det inte är helt tydligt för baspersonalen var alla riktlinjer och rutiner finns/ska finnas samlade ej heller var personalen ska söka efter dessa. Vi rekommenderar därför tydliggörande av vilka rutiner som finns samt var dessa kan finnas.

Vi ser positivt på att samtliga medarbetare inom hemtjänstens verksamhetsområde ska skriva under att de känner till/tagit del av rutinbeskrivningar. Detta borgar för att medarbetarna vet hur de ska agera i vissa situationer. Vi rekommenderar att även övriga verksamheter anammar detta arbetssätt.

Att inte samtliga medarbetare som har behov av att komma in i verksamhetssystemet Treserva har tillgång/inloggning till systemet anser vi är anmärkningsvärt. Vi rekommenderar därför nämnden säkerställa att samtliga medarbetare som har behov av att komma in i verksamhetssystemet får tillgång/inloggning till systemet.

## 4 Slutsats och rekommendationer

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att nämnden till viss del tillser att styrande- och stödjande dokument kopplat till brukarna inom äldreomsorgen används på ett tillfredsställande sätt. Dock har vi noterat vissa förbättringsområden som efterlevnad av fastställda styrande- och stödjande dokument och säkerställande att samtliga berörda fått information när nya styrande och stödjande dokument implementeras.

### 4.1 Rekommendationer

Utifrån vår bedömning och slutsats rekommenderar vi socialnämnden att:


- säkerställa att *Rutin för samordnad planering vid utskrivning från slutenvård till Luleå kommun* efterlevs.
- se över möjligheten att rapportera oönskade händelser, avvikelser, av allmän karaktär så som exempelvis att en brukare/vårdtagare får vänta orimligt länge på sjuksköterska.
- se över möjligheterna att "öppna upp" så journaler och anteckningar kan läsas mellan de olika verksamheterna dvs. där det är finns behov att kunna läsa varandras anteckningar och journaler.
- säkerställa att samtliga oönskade händelser rapporteras som en avvikelse vilket rutinen *Vägledning - Avvikelser inom socialförvaltningen* stipulera ska göras.
- tydliggöra vilka rutiner som finns samt var dessa kan finnas.
- säkerställa att samtliga medarbetare känner till/tagit del av de rutinbeskrivningar och styrande dokument som finns.
- säkerställa att samtliga medarbetare som har behov av att komma in i verksamhetssystemet får tillgång/inloggning till systemet.

Datum som ovan

KPMG AB

DocuSigned by:  
  
4F6BFCF9B4F744C...

Camilla Strömbäck  
Kommunal revisor

DocuSigned by:  
  
E1E533098AA495...

Eva Henriksson  
Kommunal revisor och kundansvarig



**Luleå kommun**

Granskning av implementering och efterlevnad av riktlinjer och rutiner inom äldreomsorgen

2021-03-03

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument. Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

## A Bilaga - Svar på granskningsfrågorna

Nedan besvaras ställda granskningsfrågor övergripande. För fullständig bild hänvisas till rapporten i sin helhet.

*Vilka styrande- och stödjande dokument finns kopplat till brukarna vid kommunens särskilda boenden, hemtjänst samt korttidsboende?*

Kopplat till granskningens syfte finns en stor mängd styrande- och stödjande dokument som medarbetare inom socialtjänstens verksamhetsområde ska förhålla sig till.

Utifrån de ca. 30 styrande- och stödjande dokument vi tagit del av inom ramen för denna granskning har vi valt ut fyra rutiner för närmare granskning. Där det är möjligt har rutinerna kopplats till granskningens syfte och ställda granskningsfrågor. De rutiner som valts ut är; *Rutin för samordnad planering vid utskrivning från slutenvård till Luleå kommun, Kontakt med sjuksköterska – all baspersonal, Social dokumentation vid genomförande av insatser samt Vägledning - Avvikelser inom socialförvaltningen* beskrivs översiktlig i rapporten.

*Har beslutade styrande- och stödjande dokument implementerats på ett ändamålsenligt sätt?*

Vår bedömning är att implementering av styrande- och stödjande dokument inte fullt ut implementeras på ett ändamålsenligt sätt. Vid intervjuer framkom det att det inte alltid kommit enhetschefer och eller baspersonal till känna när nya och eller reviderade rutiner fastställts.

Vid intervjutillfällena framkom att det finns medvetenhet om rutiner och riktlinjer men att de inte ansåg sig ha kontroll på alla rutiner som finns då mängden styrande- och stödjande dokument är omfattande. Vår bedömning att det inte är helt tydligt för baspersonalen var alla riktlinjer och rutiner finns/ska finnas samlade ej heller var personalen ska söka efter dessa.

*Hur säkerställs att upprättade styrande- och stödjande dokument efterlevs i det dagliga arbetet?*

Efterlevnad av riktlinjer och rutiner följs till viss del upp via egenkontrollerna. Egenkontroll utförs två gånger per år. Vid dessa uppföljningar kontrolleras bland annat efterlevnaden av några styrande- och stödjande dokument.

Uppföljning av styrande- och stödjande dokument sker även till viss del genom tillsynsfunktionerna SAS/MAS/MAR samt genom informationssäkerhetssamordnare. Dessa uppföljningar delges nämnden årligen i de sammanfattande kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna.

Samtliga medarbetare inom hemtjänstens verksamhetsområde ska skriva under att de känner till/tagit del av rutinbeskrivningar. Detta borgar för att medarbetarna vet hur de ska agera i vissa situationer.

### *Finns system för att hantera avvikelser och i så fall hur hanteras avvikelserna?*

Verksamhetssystemet Treserva används för hantering av avvikelser.

När en vårdtagare/brukare varit med om en oönskad händelse exempelvis ramlat undersöker baspersonalen vårdtagaren och kontakter därefter ansvarig sjuksköterska om fallet. Rapportering av avvikelser sker i verksamhetssystemet Treserva, anteckning görs även i daganteckningen. När en medarbetare upprättar en avvikelse i Treserva går avvikelserna per automatik vidare till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) samt socialt ansvarig samordnare (SAS). Avvikelsen graderas i nivåerna ett till fyra, där fyra är den allvarligaste graden. MAS, MAR och SAS tar därmed del av rapporterade avvikelser.

Enligt uppgift kan det vara svårt för baspersonalen att veta vad en avvikelse ska innehålla samt vilken yrkesgrupp och eller kategori som ska användas. Baspersonalen önskade mer specifika avvikelser att välja på vid rapportering.

Samtliga medarbetare är skyldiga att rapportera en oönskad händelse, en avvikelse. Vid intervjuer framkom att det inte alltid skrivs en avvikelse trots att det skett en oönskad händelse.

### *Vid avvikelser, vilken information ges till anhöriga?*

Vilken information anhöriga får utgå från överenskommelse som är gjord med brukare/vårdtagare och anhöriga. Det är olika från person till person hur mycket information brukaren/vårdtagaren önskar ge till anhöriga och hänsyn måste därför tas till sekretesslagstiftning. Finns samtycke att lämna information till anhöriga görs överenskommelse med brukare/vårdtagare och anhöriga vilken information som ska ges och hur ofta.

När det gäller avvikelser kopplat mot Hälso- och sjukvårdslagen ska, enligt verksamhetsföreträdare, sjuksköterskan kontakta anhöriga och när det gäller avvikelse enligt Socialtjänstlagen ska enhetschef kontakta anhöriga. Vid intervjuer framkom att medarbetarna inte kände sig helt trygga med anhöriga meddelas. Det framkom även att baspersonalen ibland meddelar oönskade händelser till anhöriga.

## B Bilaga – Rutiner och riktlinjer

Nedan följer en lista över de rutiner, riktlinjer, servicedeklarationer vi inom ramen för denna granskning tagit del.

- Basala hygienrutiner
- Handlingsplan vid värmebölja
- Delegering av läkemedel
- Kontakt med sjuksköterska
- Lokalt vårdprogram för personer med demenssjukdom
- När stöd i hemmet inte får kontakt med brukare
- Palliativ vård
- Planeringsmöte för brukare på korttids
- Prioritering hög arbetsbelastning stöd i hemmet
- Prioritering vid hög arbetsbelastning vård- och omsorgsboende
- Riktlinje anhörigstöd
- Riktlinjer för teamsamverkan inom äldreomsorgen
- Rutin teamwork hemteamen
- Rutin för begränsningsåtgärder
- Rutin vid utskrivningsplanering från slutenvård
- Samråd kända brukare i hemmet
- Servicedeklaration korttidsvård
- Servicedeklaration stöd i hemmet
- Servicedeklaration särskilda boenden
- Riktlinje social dokumentation
- Stödperson i hemmet
- Stödperson korttids
- Stödperson vård- och omsorgsboende
- Uppgifter och information vid inflyttning till vård- och omsorgsboende
- Vägledning för stöd i hemmet
- Behovsriktat arbetssätt i hemtjänsten
- Vägledning avvikelser
- Samtycke

## C Bilaga – Synpunkter från gruppintervjuer

Inom ramen för denna granskning genomfördes tre gruppintervjuer med representanter från baspersonal. Nedan redovisade exempel är synpunkter som framkom vid intervju-tillfällena. Vi har inte bedömt riktigheten i synpunkterna vi gör heller inga bedömningar av synpunkterna i detta avsnitt.

- Saknar utbildad vårdpersonal. Ofta förekommer att en utbildad undersköterska inte får jobb eftersom ett vårdbiträde hunnit LAS:a<sup>10</sup> in.
- Enligt företrädare för baspersonalen syns det nu att ej utbildad personal saknar kompetens exempelvis kan de inte se när en brukare/vårdtagare får lågt socker.
- Vårdplaneringen anses inte fungera då det tar lång tid innan vårdplanering sker. Vårdtagaren blir därmed kvar längre på exempelvis korttids.
- För att upprätthålla verksamheten uppgav företrädare för baspersonalen att de idag får ta mycket ansvar som ska ligga på chefer och sjuksköterska.
- Lokalerna för korttids på Västberga är enligt baspersonalen under all kritik. Lokalerna är inte anpassade efter vårdbehovet exempelvis rymmer inte tre personer i bredd för att gå-träna en vårdtagare. Vårdtagarnas rum är inte anpassade för att vårda.
- Kommunikationen måste bli bättre mellan alla som arbetar, allt från undersköterskor och sjuksköterskor till fysioterapeuter och chefer.
- När en ny vårdtagare flyttar in önskas det att sköterska, fysioterapeut osv samlas och gör en bedömning av vad som behövs och ger viktig information.
- Brister i kommunikation i överlämnande från hemtjänst till vård- och omsorgsboendet.
- Merparten av biståndsbeslut stämmer inte överens med verkligheten. Exempelvis kan det av biståndsbeslutet framgå att vårdtagaren inte kan stödja på benen men vårdtagaren kan i själva fallet gå eller att vårdtagaren måste ha timbalkost men att det visar sig att hen inte behöver det.

---

<sup>10</sup> Lagen om anställningsskydd