

Mölnadals Stad

GRANSKNING AV DEMENSVÅRDEN



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1. Inledning.....	4
2. Styrning.....	6
3. Kompetensförsörjning	17
4. Uppföljning.....	20
5. Samlad bedömning.....	22
Bilaga 1. Revisionskriterier.....	25
Bilaga 2. Källförteckning.....	27
Bilaga 3. Genomförande av stickprov.....	28
Bilaga 4. Förteckning över Mölndals stads äldreboenden och demensplatser	30

Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Mölndals stad genomfört en granskning av demensvården. Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt en ändamålsenlig demensvård. Vår sammanfattade bedömning utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är att vård- och omsorgsnämnden inte fullt ut säkerställt detta och att utvecklingsområden finns.

Granskningen visar att den socialt ansvariga samordnaren (SAS) och den medicinskt ansvariga samordnaren (MAS) har genomfört en utredning vid ett av stadens äldreboenden som presenterades för nämnden i januari 2022. Utredningen visar att det förekommit allvarliga missförhållanden enligt lex Sarah och risk för allvarlig vårdskada samt allvarlig vårdskada vid flera demensenheter på det aktuella boendet. Nämnden har inte ställt krav på återrapportering av vidtagna åtgärder utifrån de identifierade bristerna. I granskningen framkommer också att stadens särskilda boenden inte är ändamålsenligt utformade för personer med demenssjukdom. Exempelvis saknar flera lägenheter handikappanpassade badrum.

Inom ramen för granskningen har EY gjort stickprov på genomförandeplaner som visar på brister. Information om hur brukaren ska bemötas saknas i samtliga granskande genomförandeplaner. Mål med insatsen beskrivs inte i tre av tio genomförandeplaner.

Granskningen visar också att det finns indikationer på att nämndens infrastruktur för digitala verktyg inte är fullt ut ändamålsenlig. Det saknas också en kompetenstrappa som ger möjlighet för special- eller vidareutbildad omsorgspersonal att få nya och mer utmanande arbetsuppgifter efter genomgången utbildning. Därtill har granskningen uppmärksammat att rutiner för teamsamverkan finns inom förvaltningen men att de behöver utvecklas för att i högre grad sätta brukarens behov i centrum. Slutligen visar granskningen på brister i arbetet med avvikelserapportering. Ett arbete har initierats i syfte att skapa en bättre kultur av att rapportera avvikelser, liksom en bättre struktur för rapportering av avvikelser.

Utifrån granskningen lämnar vi nedanstående rekommendationer. Vi rekommenderar vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Ställa krav på återrapportering för att säkerställa sig om att planerade och vidtagna åtgärder utifrån de allvarliga missförhållanden och allvarlig vårdskada som uppmärksammas vid ett av stadens boenden genomförs och får effekt.
- ▶ Verka för att anpassa demensenhetens boende- och gemensamhetsytor till demenssjukas behov.
- ▶ Säkerställa en fungerande teamssamverkan inom demensvården för att möta de demenssjukas behov av vård och omsorg.
- ▶ Säkerställa att genomförandeplaner innehåller målsättning för den beslutade insatsen samt information om bemötande.
- ▶ Säkerställa en ändamålsenlig infrastruktur för digitala verktyg inom äldreomsorgen.
- ▶ Skapa förutsättningar för att behålla specialistutbildad personal.
- ▶ Fortsatt följa och vid behov initiera ytterligare åtgärder för att säkerställa ett välfungerande arbete med avvikelserapportering.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Av socialtjänstlagen framgår att kommunen ska verka för att äldre människor får goda bostäder och inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd. Vad gäller demenssjukvården menar Socialstyrelsen att vården och omsorgen för personer med demens är ojämlig. Antalet demenssjuka blir allt fler och varje år insjuknar mellan 20 000 och 25 000 personer i en demenssjukdom. Dessa individer har stora behov av insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten, vars insatser kompletterar varandra. Enligt Socialstyrelsen brister dock samordningen ofta mellan dessa. Vidare har insatser tidigt i sjukdomsförloppet visat sig ha ett stort värde både för den som fått en demensdiagnos och för dennes anhöriga. Enligt Socialstyrelsen får patienter sällan dessa tidiga insatser. Socialstyrelsen har tagit fram ett standardiserat insatsförlopp för personer med demens. Modellen består av tre delar: insatser, samverkan och stöd för samverkan. De två senare delarna handlar om att det är viktigt att flera olika yrkesgrupper är representerade i vården av en person med demens och att dessa bildar ett team samordnat av exempelvis en demenssjuksköterska.

I Mölndals Stad ansvarar vård- och omsorgsnämnden för insatser enligt socialtjänstlagen inom äldreomsorgen. Under 2021 har demensvården i kommunen uppmärksammats i media, som pekat på allvarliga brister i demensvården vid ett boende. Enligt kommun- och landstingsdatabasen Kolada tillhör Mölndals stad de 25 procent sämsta kommunerna i landet vad gäller vissa nyckeltal som har koppling till demensvården. Det gäller bland annat resultat i brukarbedömningar inom äldreomsorgen samt åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende.

Kommunrevisionen har mot bakgrund av ovanstående samt sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt att det är väsentligt att granska vård- och omsorgsnämndens styrning av demensvården. I *God revisionsred* framgår de grunder som revisorerna använder när de bedömer ansvarstagande i styrelser och nämnder. Ansvarsgrunder som är aktuella i denna granskning är bland annat risken för bristande måluppfyllelse samt bristande styrning och intern kontroll av verksamhet.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt en ändamålsenlig demensvård. Granskningen inriktas på följande revisionsfrågor:

- ▶ Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning av demensvården?
 - Är det standardiserade insatsförloppet vid demenssjukdom implementerat i nämndens ledning och styrning?
 - Hur ser boendeformer ut för personer med demenssjukdom i Mölndals Stad?
- ▶ Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt en ändamålsenlig kompetensförsörjning inom demensvården?
- ▶ Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning av demensvården?

1.3. Revisionskriterier

- ▶ Kommunallag (2017:725) 6 kap. 6 § som reglerar nämnders ansvar
- ▶ Socialtjänstlag (2001:453) 5 kap. 4 § om kommunens ansvar för vård av äldre
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 11 kap om kommunens organisation, planering och samverkan
- ▶ Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom (Socialstyrelsen 2019)
- ▶ Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen 2017)
- ▶ Reglemente för vård- och omsorgsnämnden
- ▶ Mölndal stads policys, riktlinjer och rutiner för äldreomsorgen

Revisionskriterierna beskrivs mer utförligt i bilaga 1.

1.4. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer och stickprov. Förteckning av intervjuade och granskad dokumentation finns i bilaga 2.

Ett stickprov har genomförts på förekomst av genomförandeplaner samt deras följsamhet till gällande regelverk. Totalt tio genomförandeplaner har granskats. Granskning har skett gentemot en checklista framtagen utifrån nationella riktlinjer för dokumentation inom äldreomsorgen. Stickprovet beskrivs mer utförligt i avsnitt 2.11.1 och i bilaga 3.

Samtliga intervjuade har haft möjlighet att faktakontrollera ett utkast av rapporten.

1.5. Avgränsningar och ansvarig nämnd

Granskningen avgränsas i enlighet med ställda revisionsfrågor. Granskningen är inriktad på att bedöma ändamålsenligheten i styrningen av demensvården på särskilt boende i egen regi. Nämndens styrning och uppföljning avseende boende i extern regi omfattas inte av granskningen. Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden i Mölndals stad.

2. Styrning

2.1. Förvaltningsorganisation

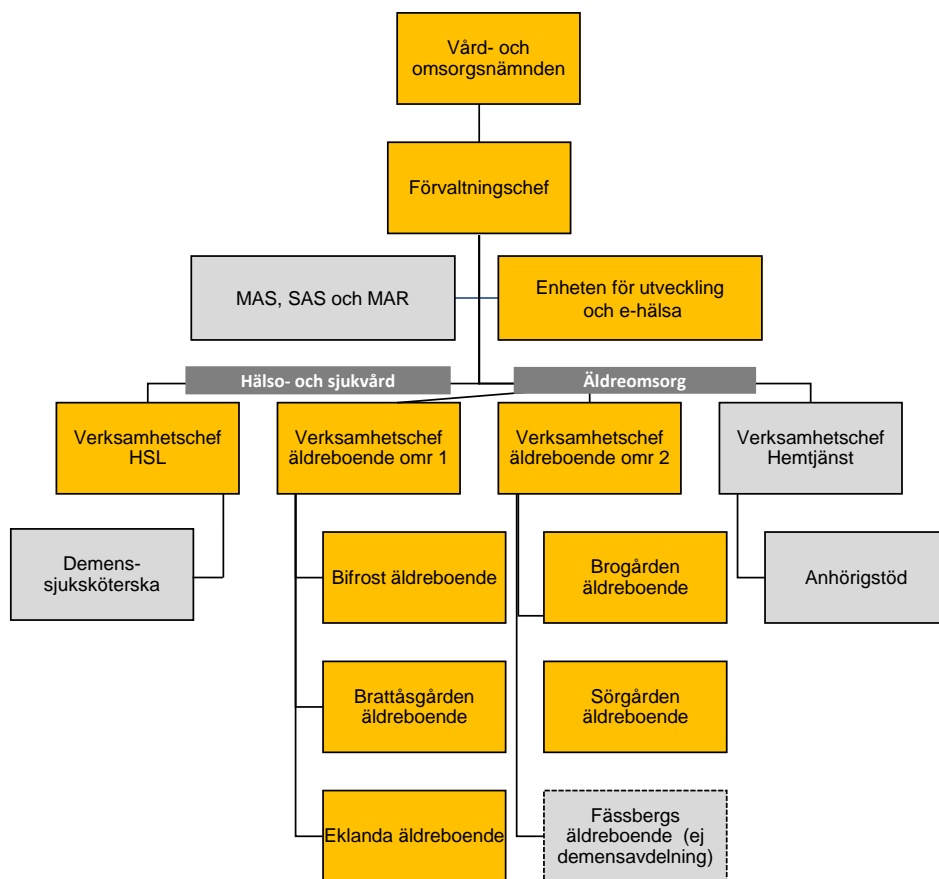


Bild 1: EY:s illustration av vård- och omsorgsförvaltningens organisation med fokus för granskningen relevanta delar av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Gulmarkerade enheter har intervjuats inom ramen för granskningen.

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar enligt reglementet för den kommunala hälso- och sjukvården i Mölndals Stad samt insatser enligt socialtjänstlagen inom äldreomsorgen. Inom *hälso- och sjukvården* bedrivs arbete med hälso- och sjukvård, hemsjukvård, rehab, hjälpmedel och korttidsboende. Inom *äldreomsorgen* finns särskilda boenden samt hemvård, anhörigstöd, dagverksamhet och förebyggande verksamhet. Kommunens särskilda boenden är uppdelade i två verksamhetsområden. Vid intervjuer med enhetschefer framkommer att de arbetar närmare och har större utbyte med enhetschefer som återfinns inom samma verksamhetsområde. Det finns inget återkommande mötesforum där alla enhetschefer inom särskilt boende träffas gemensamt.

Vård- och omsorgsförvaltningen driver sex äldreboenden i egen regi, varav fem har särskilda enheter för dementa. I egen regi har förvaltningen 118 demensplatser. I kommunen finns också två äldreboenden som bedrivs i extern regi med totalt 111 demensplatser, vilka dock inte

omfattats av granskningen. I bilaga 4 återfinns en sammanställning över stadens samtliga platser inom särskilt boende.

2.2. Målstyrning startar på enhetsnivå

Arbetet med målstyrning startar genom att enhetschefer identifierar utvecklingsområden i sin verksamhet och tar fram en aktivitet för detta tillsammans med en plan för uppföljning. Till aktiviteten knyts ett mål. Målen från de olika enheterna aggregeras sedan på verksamhetsnivå och därefter på förvaltningsnivå, varpå vård- och omsorgsnämnden fastställer målen¹. Nämndens mål knyter an till kommunfullmäktiges mål om att främja och stödja självständigt, gott och aktivt liv i alla åldrar. Nedan framgår vård- och omsorgsnämndens mål 2022 med bäring på äldreomsorgen.

Minska social isolering och främja en meningsfull vardag		
Indikator	Målvärde 2022	Uppmätt värde 2021
Andel brukare som upplever att personalen tar hänsyn till brukarnas åsikter och önskemål.	80 %	72 %
Andel boende som skattas enligt BPSD ²	40 %	12 %

Mölnåls invånare är mer nöjda med sin vård och omsorg		
Indikator	Målvärde 2022	Uppmätt värde 2021
Andel brukare som är nöjda med sitt äldreboende	80 %	74 %
Fler ska uppleva måltiden som en trevlig stund	65 %	60 %

Bild 2: Nämndens mål med bäring på äldreomsorgen 2022 med indikatorer och utfall 2021. Källa: Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan 2022.

I intervjuer ges exempel på hur arbete med målen sker i praktiken. Vad gäller målet att främja en meningsfull vardag nämns arbete med aktiviteter på demensenheter. En enhet lyfter ett pågående arbete med att medvetandegöra personalen om vad en aktivitet för en demenssjuk person kan vara och att detta sällan behöver vara något speciellt utan kan handla om att gå en kortare promenad. Andra enheter beskriver exempel på aktiviteter såsom högläsning, bingo och hotellfrukostar där enheter bjuder in varandra till frukostbuffé med jämna mellanrum. Vad gäller målet om att invånarna ska vara mer nöjda med sin vård och omsorg nämns exempelvis avseende måltider att olika porslin används beroende på om det är vardag eller helg. På fredagar serveras en tre-rättersmeny vilket beskrivs vara mycket uppskattat hos brukare.

¹ Mölnåls Stad har en tillitsbaserad styrmodell där kommunfullmäktige fastställer mål som nämnder ska arbeta med på något vis. Nämnderna har sedan utrymme att styra hur målarbetet ska utformas inom den egna nämnden.

² BPSD står för *beteendemässiga och psykiska symptom vid demens*. Observationer av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala. Efter skattningen genomförs analys av eventuellt tänkbara orsaker med hjälp av en checklista och en bemötandeplan utformas och individanpassade åtgärder sätts in.

2.3. Patientsäkerhetsplan har sedan 2021 kompletterats med brukarsäkerhetsplan

Den socialt ansvariga samordnaren (SAS), medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) tar varje år fram en patientsäkerhetsplan som beslutas av vård- och omsorgsnämnden. I patientsäkerhetsplanen 2022 har ett antal områden valts ut för uppföljning, däribland:

- ▶ Avvikelser inklusive allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och synpunkter och klagomål
- ▶ Basala kläd- och hygienrutiner
- ▶ BPSD, det vill säga beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (se fotnot 2)
- ▶ Förflyttningsteknik
- ▶ Läkemedelshantering
- ▶ Teamarbete och samverkan

Nytt sedan 2021 är att SAS, MAS och MAR även tar fram en brukarsäkerhetsplan för att säkerställa en systematik i arbetet med brukarsäkerhet. Brukarsäkerhetsplanen utgår från Socialstyrelsens sex indikatorer för god vård och omsorg³. I brukarsäkerhetsplanen 2022 finns fyra områden utvalda för uppföljning under året:

- ▶ Teamarbete och samverkan
- ▶ Avvikelser, lex Sarah, synpunkter och klagomål
- ▶ Social dokumentation
- ▶ Brukarens delaktighet

Verksamhetsområde äldreboende 1 och 2 har tagit fram handlingsplaner som beskriver hur de arbetar med de fyra områden som valts ut för uppföljning. I respektive handlingsplan redogörs för identifierade risker, åtgärder samt metod för uppföljning. Uppföljning ska ske i maj, september och december. Resultat för granskning per maj 2022 är ännu inte tillgänglig vid tidpunkten för granskningens genomförande.

I granskningen framkommer att MAR är en relativt nyinrättad funktion i staden. Det finns inga regelmässiga krav på att en kommun ska ha en MAR (vilket finns för SAS och MAS), men det beskrivs vid intervjuer som en viktig satsning för att säkerställa en helhetssyn på brukares behov.

2.4. Planer finns på att ytterligare systematisera demensvården

Under 2021 anställdes en demenssjuksköterska inom vård- och omsorgsförvaltningen. I intervju framkommer att det finns planer på att demenssköterskan ska arbeta med att ta fram en demensplan. Demensplanen ska exempelvis innehålla arbetsmetoder som ska stötta omsorgspersonal inom demensvården. Demensplanen förväntas vara klar senast våren 2023. Demenssköterskan också ska arbeta med BPSD-registret, det vill säga registret för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, samt utvärdera arbetsmetoder på stadens demensenheter. Förvaltningens ambition är att även anställa en demensundersköterska för att ytterligare utveckla arbetet med demensvården.

³ De sex indikatorerna är *kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig*.

2.5. Särskild utredning av lex Sarah och vårdskada

Under 2021 identifierades allvarliga missförhållanden och risk för allvarliga missförhållanden på ett av stadens äldreboenden som har flera demensenheter. Bristerna medförde en lex Sarah-anmälan⁴. Anmälan avsåg inte en enskild händelse utan övergripande brister på flera av enheterna. Nämnden informerades om avvikelserna i september 2021.

SAS och MAS genomförde en utredning av de rapporterade missförhållandena under hösten 2021. De kom fram till bedömningen att det förekommit allvarliga missförhållanden enligt lex Sarah och även risk för allvarlig vårdskada samt allvarlig vårdskada vid fyra av boendets fem enheter. Utredningen visade på brister vad gäller:

- ▶ Basala kläd- och hygienrutiner
- ▶ Basal omvårdnad
- ▶ Bemötande – okunskap inom demens och brist i bemötande
- ▶ Viktnedgång – på en enhet var 10 av 14 brukare undernärda
- ▶ Måltidssituationer – brukare hade lämnats ensamma inför måltider och saknat stöd under måltid
- ▶ Trycksår – trycksår har inte uppmärksamrats

Utredningen visar att kunskap kring ovan identifierade brister varierade mellan personalgrupper vid olika enheter. En enhetschef uppgav i utredningen att personal saknade kompetens inom samtliga dessa områden. Ansvariga enhetschefer beskriver i utredningen orsaker till identifierade brister, såsom bristande samarbete mellan legitimerad personal och omsorgspersonal, låg kunskap om social dokumentation och bristande demenskunskap. Låg bemanning nämndes som ytterligare en orsak till de identifierade bristerna. Vid intervjuer med vårdpersonal framkommer att bemanningssituationen nattetid innebär att en undersköterska ensam bemannar en enhet. Om en brukare vid en annan enhet behöver hjälp av två personal måste den ena enheten lämnas obemannad. Enligt socialtjänstförordningen ska det dygnet runt finnas personal som "utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver hjälp och stöd", vilket inte går om enheten lämnas obemannad. Att lämna sin enhet obemannad upplevs som mycket stressande för personalen. Det är inte ovanligt att boende på demensenheterna är vakna på natten och då upplever en stark oro och rädsla om de inte kan komma i kontakt med personal och få den hjälp de behöver. Risken för olyckor kan också öka, exempelvis risken för fall om personer lämnar sängen eller vandrar runt på boendet.

Inom ramen för förvaltningens utredning genomfördes en granskning av genomförandeplaner. Granskningen visade att det fanns brister i information kring bemötande och hur brukaren varit delaktig i upprättande av genomförandeplanen. Vissa brukare saknade upprättad genomförandeplan. Granskning av genomförandeplaner som genomförts inom ramen för denna granskning visar på liknande brister kring bemötande och delaktighet i utformningen av planen (se mer utförligt i avsnitt 2.11.1).

Brister uppmärksammades också vad gäller registreringar i BPSD-registret. Tre av boendets enheter hade under 2021 inte någon registrering i BPSD-registret.

⁴ Lex Sarah innebär att personal inom äldreomsorgen är skyldiga att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden.

Utifrån genomförd utredning vidtogs ett antal åtgärder. Ett urval av dessa följer nedan:

- ▶ Från och med 2022 ska SAS, MAS och MAR sammanställa resultat och analys kring avvikelset arbetet och presentera för vård- och omsorgsnämnden varje tertiäl. Fokus i rapporteringen ska vara på chefers reflektion och analys, jämfört med tidigare då fokus legat på statistik.
- ▶ Utökad bemanning vid flera enheter. Exempelvis genom ökat antal årsarbetare och anställd omsorgshandledare.
- ▶ Extern handledning för enhetschefer.
- ▶ Utbildning i social dokumentation, värdegrund och personcentrerat förhållningssätt.

Vård- och omsorgsnämnden tog del av utredningen i januari 2022. Nämnden beslutade att notera informationen. Utifrån nämndens protokoll från våren 2022 går inte att utläsa att nämnden följt arbetet med vidtagna åtgärder utifrån de identifierade bristerna.

2.6. Boendena anses inte vara ändamålsenligt utformade för personer med demenssjukdom

Vård- och omsorgsnämnden fastställde en *Boendeplan* i april 2022. Boendeplanen fungerar som grund i budgetarbetet och ska verka för att tillgodose behov av bostäder till nämndens målgrupper. Boendeplanen beskriver status för nämndens boendeplatser inom olika områden och uppskattar det framtida behovet av bostäder. Boendeplanen uppdateras årligen. Särskilt boende för äldre är ett område i boendeplanen.

Personer med en demensdiagnos tilldelas plats på en demensenhet. För att bli tilldelad en plats på demensenhet krävs ett läkarintyg med en fastställd demensdiagnos. I intervjuer nämns att personer med demensdiagnos eller demensliknande symtom också bor på somatisk avdelning. Detta beror i regel på att personen saknade en fastställd demensdiagnos när hen flyttade in på äldreboendet och sedan bott kvar utifrån principen om kvarboende.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom. Det innebär exempelvis småskaliga och inkluderande boendemiljöer. Det finns inte några bestämmelser för hur många som kan bo i ett småskaligt boende för att det ska få kallas just småskaligt, men enligt Socialstyrelsen har merparten av alla särskilda boenden som är anpassade för personer med demenssjukdom tio lägenheter eller färre⁵. I Mölndals stad har demensenheterna på särskilt boende i stadens egen regi mellan 8 och 14 platser.

Socialstyrelsen menar att en inkluderande boendemiljö främjar möjlighet till delaktighet och känslan av att vara välkommen i dagliga aktiviteter, till exempel genom arkitektur och färgsättning. Intervjuade verksamhetschefer och enhetschefer menar att stadens demensboenden inte är ändamålsenligt utformade för personer med en demenssjukdom. Detta handlar exempelvis om att korridorer på demensenheter kan vara U-formade vilket gör det svårt att för personalen att få en överblick över vad som händer på enheten. Vissa enheter

⁵ Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen 2017.

är placerade på andra våning vilket gör det svårare att erbjuda utomhusvistelse. Det kan också handla om små gemensamhetsutrymmen vilket gör det svårt att separera enheten vid måltider. I kommun- och landstingsdatabasen Kolada framkommer att brukarna på särskilt boende i Mölndals stad är mindre nöjda med aspekter som rör boendemiljön jämfört med brukare i andra kommuner. Det gäller exempelvis gemensamhetsutrymmen, trivsel med rum/lägenhet och måltidsmiljö. För dessa nyckeltal tillhör Mölndals stad de 25 procent sämsta kommunerna i landet år 2020 (senast tillgängliga resultat). Demensenheterna är heller inte ändamålsenliga ur ett arbetsmiljöperspektiv. I nämndens boendeplan står exempelvis att flera lägenheter avsedda för personer med demenssjukdom saknar handikappanpassade badrum.

I nämndens boendeplan framgår att det sedan flera år tillbaka finns planer på att bygga ett nytt äldreboende med 80 platser vid Pedagogen park. Kommunstyrelsen beslutade i maj 2017 att göra en markreserv för ett nytt äldreboende i området. Vård- och omsorgsförvaltningen har gjort en formell beställning av byggnation av ett nytt äldreboende till fastighetsavdelningen och ärendet behandlas nu av kommunstyrelsen. Vid intervjuer framkommer att byggnationen av ett nytt äldreboende skulle ge bättre möjligheter att erbjuda lokaler som är anpassade för vård och omsorg av dementa.

2.7. Rutiner för samverkan finns men det finns utvecklingsområden vad gäller arbetet med teamsamverkan

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar inte uttryckligen med Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp vid demenssjukdom. Intervjuade verksamhetschefer lyfter dock att det finns webbaserade utbildningar riktade till personal som tar upp innehållet i det standardiserade insatsförloppet. Vidare lyfts att demensvården har för avsikt att arbeta med den typ av samverkan som beskrivs i det standardiserade insatsförloppet. Inom vård- och omsorgsförvaltningen finns riktlinjen *Teamarbete och samverkansplattformar*. Riktlinjen tydliggör hur olika professioner ska samarbeta för brukarens bästa, såsom sjuksköterskor, omsorgspersonal, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Grunden i arbetet är teamträffar där samtliga professioner ska arbeta med en personcentrerad vård och omsorg. För att möjliggöra digitala teamträffar finns ett särskilt verktyg i vilket säkra dialoger kan upprättas. Av riktlinjen framgår vilka frågeställningar som ska diskuteras vid teamträffar⁶.

Utöver den förvaltningsövergripande rutinen för teamsamverkan ska respektive område ha en lokal rutin för teamträffar och samverkansplattformar på områdesnivå⁷. Rutiner för samverkan finns enligt uppgift på områdesnivå, men inte i dokumenterad form. I intervjuer uppges att teamsamverkan i regel sker var fjärde vecka.

⁶ Enligt riktlinjen ska följande frågeställningar diskuteras vid teamsamverkan:

- ▶ Ärenden där någon profession upplever svårighet/problem/risk
- ▶ Riskbedömningar som genomförts samt effekterna av de åtgärder som beslutats
- ▶ BPSD; aktuella skattningar, bemötandepåplaner och effekter av aktuella åtgärder
- ▶ Behov av nya samt uppföljning av redan ordinerade skyddsåtgärder
- ▶ Avvikelse som inträffat och aktuella åtgärder som är viktiga i ett förbättringsarbete
- ▶ Övriga ärenden

⁷ I den lokala rutinen ska framgå hur ofta teamträffar ska ske, vem som ska kalla till teamträffen, hur ärenden anmäls till teamträffen, vem som ansvarar för dagordning samt för protokoll och hur kompetensutveckling via samverkansplattformar ska planeras och genomföras.

Under hösten 2021 gjorde SAS och MAS en gemensam utredning utifrån lex Sarah och risk för vårdskada på ett av stadens äldreboenden som har flera demensavdelningar (se avsnitt 2.5). I samband med utredningen uppmärksammades bland annat att teamsamverkan som sätter brukarens behov i centrum behöver utvecklas i förvaltningen. Detta bekräftas i genomförda intervjuer. I intervju framkommer att det under 2021 har skett en förtätning av sjuksköterskor inom demensvården i syfte att skapa mer tid för dem att arbeta med teamsamverkan. Som tidigare nämnts har nämnden också beslutat om uppföljning kopplat till teamarbete och samverkan i patient- respektive brukarsäkerhetsplan 2022 då det uppmärksammats som ett utvecklingsområde.

Förtätning av sjuksköterskor ska också möjliggöra ett mer utvecklat arbete med riskbedömningar av enskilda brukare utifrån kvalitetsregister såsom Senior Alert och BPSD. Idag sker riskbedömning ibland genom att den legitimerade personalen gör den på egen hand. Ambitionen är att riskbedömningar alltid ska ske tillsammans med brukaren och dennes kontaktperson i brukarens miljö.

2.8. Stöd erbjuds till anhöriga

Enligt socialtjänstlagen ska kommunen erbjuda anhörigstöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre. Stöd till anhöriga till personer med en demenssjukdom beskrivs av intervjuade som ett viktigt område för nämnden. Anhörigstöd är placerat inom förvaltningens hemvårdsverksamhet. Förvaltningens ambition är att arbeta förebyggande och erbjuda tidiga insatser till personer med demenssjukdom och deras anhöriga. För våren 2022 finns ett program framtaget med aktiviteter riktade till den som är anhörig till någon med långvarig sjukdom, ålder, psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. Kopplat till demens finns exempelvis en föreläsning, anhörigcafé och träffpunkt med ett flertal träffar och anhörigcirkel.

2.9. Digitalisering bidrar till utveckling men problem finns med tekniken

Vård- och omsorgsnämnden har beslutat om en strategi för e-hälsa och välfärdsteknik som löper åren 2021 – 2023. Förvaltningen ska ta vara på digitaliseringens möjligheter och på så vis utveckla förvaltningens verksamheter och använda resurser mer effektivt. I strategin formuleras fem övergripande mål⁸.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen finns en enhet för utveckling och e-hälsa som arbetar för att stötta verksamheten i utvecklingsfrågor. Arbetet pågår i förvaltningen att upphandla en teknisk lösning för trygghetsskapande teknik på stadens särskilda boenden. Målet är att brukare ska uppleva en ökad trygghet och ökad självständighet. Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar också med att öka den digitala mognaden och därmed den digitala kompetensen hos medarbetare inom förvaltningen, vilket sker inom ramen för Projekt Modig.

⁸ Målen är:

1. Från analogt till digitalt och automatiserat
2. Från stationärt till mobilt och platsoberoende
3. Ökad digital mognad och digital kompetens i hela förvaltningen
4. Ökad delaktighet – trygghet – med välfärdsteknik
5. Säkert med digitalt

I intervjuer lyfts att det finns brister med det verktyg för digital signering av läkemedel som används inom äldreomsorgen. Signering av läkemedelstilldelning sker digitalt i en applikation på mobiltelefon. Intervjuade påpekar att brister i digital infrastruktur försvårar arbetet. Dels saknas ibland uppkoppling till wifi-nätverk vilket gör att medarbetaren behöver leta upp en plats där uppkoppling finns. Vidare lyfts att det finns ett fåtal telefoner per enhet. Medarbetaren måste därmed leta upp en telefon varje gång ett läkemedel ska tilldelas. Intervjuade sjuksköterskor (fackliga representanter) lyfter att detta medför att signering av läkemedel ofta brister, då omsorgspersonal tilldelar läkemedel i tid men signerar i efterhand. Detta genererar en stor mängd notiser om ej tilldelade läkemedel till sjuksköterska, vilket skapar merarbete för sjuksköterskeorganisationen. Stadens centrala IT-organisation har sedan hösten 2021 i uppdrag att se över samt förtäta tillgängligheten till wifi på stadens äldreboenden. Svårigheter att få tag på IT-komponenter har dock försenat arbetet.

2.10. Stickprov visar att genomförandeplaner finns men brister i beskrivning av bemötande

Med en genomförandeplan avses en vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats ska genomföras för en enskild. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av bland annat socialtjänstlagen finns vägledning kring vad som ska framgå av en genomförandeplan. Däribland vilka mål som finns för insatsen och hur ofta olika aktiviteter ska genomföras. Genomförandeplaner ska godkännas av berörd enhetschef.

Att upprätta en genomförandeplan uppskattas enligt enhetschefer ta cirka 12 timmar. Intervjuade enhetschefer menar att det finns utmaningar med att få omsorgspersonal att prioritera framtagande av genomförandeplan framför den praktiska omvårdnaden. I förvaltningen diskuteras möjligheten att inrätta så kallade dokumentationsombud med uppdrag att upprätta samtliga genomförandeplaner på den aktuella enheten, istället för nuvarande struktur där respektive kontaktperson upprättar genomförandeplan.

Vidare pågår ett utvecklingsarbete lett av SAS vad gäller den sociala dokumentationen. SAS har månatligen möte med förvaltningens metodutvecklare för dialog kring social dokumentation. I förvaltningens utförarverksamhet har enhetschefer och så kallade superanvändare utbildats i social dokumentation.

2.10.1. Resultat av genomförda stickprov på genomförandeplaner

Inom ramen för granskningen har stickprov genomförts på tio slumpmässigt utvalda genomförandeplaner upprättade för brukare på demensboende. Genomförandeplanerna har granskats utifrån ett antal på förhand bestämda kontrollpunkter som är framtagna utifrån nationella riktlinjer för dokumentation inom äldreomsorgen. Resultatet från stickprovet summeras översiktligt nedan. En mer utförlig beskrivning av stickprovet återfinns i bilaga 3.

Granskningspunkter	Ja	Nej	Delvis
Datum för fastställande	10	0	0

Brukaren alternativt närstående till brukaren har varit delaktig i framtagande av genomförandeplanen	9	1	0
Mål med insatser	6	3	1
Bemötande	0	10	0
Datum för uppföljning	10	0	0

Tabell 2: Resultat av genomförda stickprov.

Granskning av utvalda genomförandeplaner visar att datum för fastställande och uppföljning av aktuell genomförandeplan finns i samtliga av de granskade planerna. Vad gäller granskningspunkten huruvida brukaren eller närstående till brukaren har varit delaktig i framtagande av genomförandeplanen finns information om detta i nio av tio genomförandeplaner. Granskningen visar dock att det varierar i vilken utsträckning som brukaren har varit delaktig och hur utförligt detta finns beskrivet.

Vad gäller mål med insatser i genomförandeplanen förekommer detta i sex av tio granskade genomförandeplaner. I en genomförandeplan bedöms det *delvis* finnas ett mål, detta då målet i fråga är ytterst kortfattat och basalt. I tre av tio genomförandeplaner saknas dock helt en beskrivning av målet med insatsen. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation inom bland annat äldreomsorgen bör *mål* med en beslutad insats framgå av genomförandeplanen.

Vad gäller granskningspunkten *bemötande* saknar samtliga tio genomförandeplaner beskrivning av aspekter specifikt kopplat till bemötande, såsom hur personalen bör formulera sig för att bäst nå fram till brukaren eller hur personal bäst bemöter brukaren vid oro. Under denna rubrik beskrivs istället huvudsakligen hur brukaren vill ha sina omsorgsinsatser utförda, exempelvis var brukaren vill inta sina måltider. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter är bemötande av särskild vikt för att insatser ska kunna genomföras med respekt för individens integritet.

I Kolada framgår att brukare i Mölndals stad är mindre nöjda med bemötandet inom särskilt boende jämfört med andra kommuner. År 2020 svarade 91 procent av brukarna att de alltid eller oftast upplever sig bli bra bemötta av personal. I liknande kommuner svarade 95 procent att de alltid eller oftast upplever sig bli bra bemötta av personal. Det placerar Mölndals stad de bland de 25 procent sämsta kommunerna i landet avseende brukarbedömning av bemötande inom särskilt boende. I syfte att nå ett högre målvärde kring brukares uppfattning om personalens hänsyn till egna åsikter och önskemål samt brukares nöjdhet finns en aktivitet i nämndens verksamhetsplan 2022. Verksamheten ska arbeta med ett mer personcentrerat arbetssätt, det vill säga se brukaren som en person, ta reda på dess behov, kunskaper, resurser och förmågor.

2.11. Vår bedömning

Enligt socialtjänstlagen ska kommuner inrätta särskilda boendeformer för omvårdnad för äldre personer i behov av stöd. Kommunens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. I hälso- och sjukvårdslagen framgår att kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård och att det ska finnas en MAS. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar enligt reglementet för

insatser enligt socialtjänstlagen inom äldreomsorgen och för den kommunala hälso- och sjukvården i Mölndals Stad.

Granskningen visar nämnden under året antagit mål för äldreomsorgen samt antagit planer för boendeplatser samt patient- och brukarsäkerhet. Vi anser att det finns en systematik i arbete med mål för verksamheten som grundas i identifierade utvecklingsområden på enhetsnivå. Det finns också en systematik i arbetet med såväl patientsäkerhet som brukarsäkerhet. Vi ser också positivt på nämndens arbete med att ytterligare systematisera demensvården genom att anställa en demenssjuksköterska och de planer som finns på att ta fram en demensstrategi.

Nämnden tog i januari 2022 del av en utredning som SAS och MAS gjort vid ett av stadens särskilda boenden. Utredningen visar att det förekommit allvarliga missförhållanden enligt lex Sarah och risk för allvarlig vårdskada samt allvarlig vårdskada vid flera demensenheter på det aktuella boendet. I utredningen konstaterades bland annat brister i samverkan, bristande rapportering av avvikelser, avsaknad av rutiner, brister vid introduktion av personal och kompetens liksom brister i omvårdnad och bemötande. Förvaltningen har vidtagit ett antal åtgärder utifrån de identifierade bristerna såsom kompetenshöjande insatser i dels den praktiska omvårdnaden, dels i social dokumentation, värdegrund och personcentrerat förhållningssätt. Åtgärder har också vidtagits vad gäller bemanning och ökad chefsnärvaro. När vård- och omsorgsnämnden tog del av utredningen beslutade nämnden att notera informationen. Nämnden har inte ställt krav på återrapportering av vidtagna åtgärder. Enligt vår mening behöver nämnden stärka sin styrning i detta avseende, exempelvis genom att ställa krav på återrapportering av vidtagna åtgärder när såpass allvarliga och omfattande brister identifierats inom nämndens ansvarsområde.

I granskningen framkommer att det finns en enighet i att stadens demensboenden inte är ändamålsenligt anpassade vare sig för brukare eller medarbetare. Det finns sedan flera år tillbaka planer på att bygga ett nytt äldreboende med 80 platser vid Pedagogen park som skulle ge bättre möjligheter att erbjuda lokaler som är anpassade för vård och omsorg av dementa. Vi anser att nämnden fortsatt bör verka för att anpassa demensenheters boende- och gemensamhetsytor till demenssjukas behov.

Vad gäller teamsamverkan framkommer i granskningen att det finns utmaningar i detta arbete. Styrdokument för arbetet med teamsamverkan finns men det praktiska utförandet av teamsamverkan som sätter brukarens behov i centrum behöver utvecklas i förvaltningen. Detta har också uppmärksammats i den avvikelserrapportering enligt Lex Sarah som skedde vid ett av stadens äldreboenden och som nämnden tog del av i början av 2022, samt i nämndens patient- respektive brukarsäkerhetsplan 2022. Vidare vad gäller samverkan visar granskningen också att det inte finns något återkommande mötesforum där enhetschefer för alla stadens äldreboenden träffas gemensamt, då enheterna är uppdelade på två olika verksamhetsområden.

Därtill finns det utvecklingsområden vad gäller innehåll i granskade genomförandeplaner. Bland annat innehåller ingen av de granskade genomförandeplanerna en beskrivning av hur *bemötande* av den specifika brukaren ska ske. I tre av tio genomförandeplaner saknas också

mål med beslutade insatser. Statistik från Kolada visar att brukare i Mölndals stad är mindre nöjda med bemötandet inom särskilt boende jämfört med andra kommuner.

Slutligen visar granskningen att det finns indikationer på att nämndens infrastruktur för digitala verktyg inte är fullt ut ändamålsenlig. I granskningen framkommer brister i de verktyg som används för att signera tilldelning av läkemedel. Detta utgör risk för brukaren och är samtidigt en arbetsmiljöfråga för såväl undersköterskor som för ansvarig sjuksköterska.

Utifrån ovanstående bedömer vi att vård- och omsorgsnämnden delvis har säkerställt en ändamålsenlig styrning av demensvården.

3. Kompetensförsörjning

3.1. Utmaningar finns i att rekrytera utbildad personal

Ambitionen inom demensvården i Mölndals Stad är att anställa utbildade undersköterskor där det är meriterande med erfarenhet från demensvård. Av såväl nämndens verksamhetsplan som intervjuer framgår att det är brist på arbetskraft inom vård- och omsorgsyrfena. Särskilda svårigheter finns att rekrytera utbildad personal. Då situationen är likartad runtom i landet skapas konkurrens mellan kommuner.

För att möta utmaningar kopplat till kompetensförsörjning har en kompetensförsörjningsinriktning tagits fram, vilken antogs av nämnden i juni 2020. Under 2022 arbetar förvaltningen med strategiska områden kopplat till detta såsom ledarskap som möjliggör ansvarstagande hos medarbetare och kompetensutveckling på grund- och specialistnivå. I intervju nämns att arbete också sker för att skapa förutsättningar för enhetschefer att vara mer närvarande i sina respektive verksamheter. Därför har vissa administrativa uppgifter lyfts från chefernas ansvar, exempelvis genom tillskapandet av en central vikarieenhet. Under året ska förväntningar på olika chefsroller tydliggöras enligt intervjuad förvaltningschef.

Nyckeltal från Kolada visar att andelen omsorgspersonal på särskilt boende med adekvat utbildning har ökat under perioden 2017 – 2019. Andelen personal med adekvat utbildning var 2019 högre i Mölndal än i liknande kommuner både på vardagar och på helgdagar⁹.

Nyckeltal	2017	2018	2019
Omsorgspersonal på vardagar i boende med särskild service för äldre med adekvat utbildning, andel %, Mölndals stad	81	83	88
Omsorgspersonal på vardagar i boende med särskild service för äldre med adekvat utbildning, andel % i liknande kommuner äldreomsorg	89	87	83
Omsorgspersonal på helgdagar i boende med särskild service för äldre med adekvat utbildning, andel %, Mölndals stad	79	81	86
Omsorgspersonal på helgdagar i boende med särskild service för äldre med adekvat utbildning, andel % i liknande kommuner äldreomsorg	87	84	79

Tabell 3: Nyckeltal avseende omsorgspersonal med adekvat utbildning, Mölndals Stad. Källa: Kolada.

I flera intervjuer nämns att man inom demensvården i Mölndals stad ligger efter vad gäller arbetet med BPSD, det vill säga beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Exempelvis nämns att BPSD-skattningar inte genomförs systematiskt. Flera av de intervjuade anser också att kompetens saknas inom BPSD för personer som arbetar inom demensvården. Arbetet med BPSD uppges ha tappat fart i samband med att projektledare slutade och i samband med Covid-19-pandemin. Enligt uppföljning i nämndens verksamhetsplan 2022 skattades endast 12 procent av brukarna enligt BPSD under 2021. För att nå upp till vård- och

⁹ Mest lika kommuner beräknas på olika sätt beroende på tema (omsorg, utbildning etc) samt år. Kommuner som var mest lika Mölndals Stad inom äldreomsorg 2019 var Ale, Härryda, Kungsbacka, Kävlinge Lerum, Partille och Svedala. År 2019 är den senast tillgängliga statistiken.

omsorgsnämnden målvärde om att 40 procent av brukarna ska skattas utifrån BPSD under år 2022 finns behov av kunskapsförhöjande åtgärder.

3.2. Kompetensutvecklande insatser sker – men samordning saknas i viss mån

Inom vård- och omsorgsförvaltningen finns en rad kompetensutvecklande insatser, vilka kortfattat redogörs för nedan.

- ▶ VOF-akademien: under 2021 startades den så kallade VOF-akademien som ett led i att möta behov av kompetensutveckling. Akademien ska inrymma både digitala och praktiska kompetensutvecklande insatser för medarbetare i förvaltningen.
- ▶ Demens ABC och Demens ABC+: dessa två webbutbildningar baseras på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Samtliga medarbetare inom demensvården ska genomgå utbildningarna, även vikarier.
- ▶ Äldreomsorgslyftet och specialistutbildning: medarbetare inom äldreomsorgen har möjlighet att vidareutbilda sig dels till undersköterskor inom ramen för det så kallade äldreomsorgslyftet¹⁰. Vidare finns möjlighet till utbildning som specialistsjuksköterska inom demens.
- ▶ Utbildning i fyra moduler med fokus på det praktiska handlaget inom äldreomsorgen. Detta utbildningspaket är ännu inte implementerat men tas fram tillsammans med utbildningsförvaltningen.
- ▶ Planer finns på att *Silviacertifiera* förvaltningen¹¹.

Utifrån vad som framkommit i granskningen är det inte tydligt huruvida det finns en förvaltningsgemensam styrning eller ambition kring hur många som årligen ska genomgå äldreomsorgslyftet eller specialistutbildning inom demens. Det är inte tydligt om medarbetare ansöker på eget initiativ, om respektive enhetschef initierar sådan utbildning eller om samordning sker på förvaltningsnivå. Vidare framkommer i intervjuer att det saknas ett strukturerat arbetssätt för att säkerställa att undersköterskor med specialistutbildning inom demens stannar i Mölndals Stad efter genomgången utbildning. Intervjuade lyfter att givet den kompetensbrist som finns i den kommunala hälso- och sjukvården kan andra kommuner attrahera och sedermera även rekrytera den personal som utbildats på arbetstid i Mölndals Stad. För att kunna behålla undersköterskor med särskild demenskompetens efterfrågas en kompetenstrappa med särskilda tjänster med utökat ansvar såsom *omsorgshandledare*. Vid intervjuer beskrivs att flera kringliggande kommuner har denna typ av tjänster vilket medfört att vidareutbildad personal valt att söka sig till en ny arbetsgivare efter fullgjord utbildning.

Omsorgshandledare finns idag på två av stadens särskilda boenden. Syftet med en sådan handledare är att medarbetare ska få ett nära pedagogiskt stöd för att utveckla och

¹⁰ Äldreomsorgslyftet ska stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre. Ny och befintlig personal kan utbilda sig till undersköterskor på arbetstid. Kommuner kan ansöka om statsbidrag för finansiering av utbildningen.

¹¹ En Silviacertifiering innebär att:

- ▶ Alla medarbetare vid en vård- och omsorgsenhet har fått en grundutbildning i demenskunskap.
- ▶ Arbetsledare har utbildats i teamarbete
- ▶ Minst två undersköterskor per avdelning har fått reflektionsledarutbildning.

kvalitetssäkra arbetssätt och metoder. Intervjuade verksamhetschefer efterlyser omsorgshandledare på samtliga enheter inom äldreomsorgen.

Intervjuad förvaltningschef lyfter fram att identifierade brister i omsorg på ett av stadens demensboenden under hösten 2021 till viss del handlar om brister i basala hygien- och omvårdnadsrutiner. Förvaltningschef menar att kompetensutvecklande insatser tidigare har lagts på en för avancerad nivå. Den utbildning fördelad i fyra moduler som nämns ovan har tagits fram för att täcka dessa behov.

3.3. Vår bedömning

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för demensvården framkommer att den allra största delen av åtgärderna inom vård och omsorg av demenssjukdom utförs av undersköterskor och vårdbiträden. För att kunna erbjuda en vård och omsorg med god kvalitet till personer med demenssjukdom är det enligt Socialstyrelsen därför viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten arbetar för att höja personalens kompetens inom detta område. I Mölndals stad ansvarar vård- och omsorgsnämnden för den kommunala hälso- och sjukvården och för insatser enligt socialtjänstlagen inom äldreomsorgen.

Granskningen visar att det finns en styrning vad gäller kompetensförsörjning genom den av nämnden beslutade kompetensförsörjningsinriktningen. Vidare finns inom vård- och omsorgsförvaltningen ett antal kompetenshöjande insatser som genomförs eller planeras att genomföras. Statistik från Kolada att andelen omsorgspersonal på särskilt boende med adekvat utbildning har ökat under perioden 2017 – 2019 och att andel personal med adekvat utbildning är högre än i liknande kommuner.

Vi bedömer att vård- och omsorgsnämnden i huvudsak har säkerställt en ändamålsenlig kompetensförsörjning inom demensvården. Vi ser dock omhändertagandet av specialistutbildad och vidareutbildad personal som ett utvecklingsområde. Granskningen visar att det saknas någon form av kompetenstrappa som ger möjlighet för special- eller vidareutbildad omsorgspersonal att få nya och mer utmanande arbetsuppgifter efter genomgången utbildning, och därmed öka chanserna att dessa fortsätter arbeta i Mölndals Stad. Därtill är det inte heller tydligt huruvida det finns en förvaltningsgemensam styrning eller ambition kring hur många som årligen ska genomgå äldreomsorgslyftet eller specialistutbildning inom demens. Slutligen anser vi också att det finns utvecklingsområden vad gäller arbetet med BPSD, det vill säga beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, där kompetens och systematik saknas.

4. Uppföljning

4.1. Vård- och omsorgsnämndens uppföljning

Vård- och omsorgsnämnden följer upp fastställda mål för verksamheten varje halvår. Arbetet med patientsäkerhetsplanen och brukarsäkerhetsplanen har tidigare följts upp vid ett tillfälle per år. Från och med 2022 ska detta ske vid två tillfällen per år – en gång muntligen och en gång skriftligen. Vid granskningens genomförande har ingen uppföljning ännu hanterats av nämnden avseende år 2022. Därtill följer nämnden verksamheten genom förvaltningschefens stående informationspunkt vid varje ordinarie sammanträde.

4.2. Avvikelsehantering

En sammanställning av avvikelser rapporteras till nämnden varje halvår.. Nämnden har bett om att avvikelser ska presenteras med fokus på reflektion och analys från cheferna, och inte enbart som statistik. Inom förvaltningen upprättas en handlingsplan när brister har uppmärksamats. Handlingsplanen följs upp månatligen. Intervjuad förvaltningschef uppger i intervju att förvaltningens rutiner för avvikelsehantering inte har fungerat fullt ut. Det har förekommit att avvikelser inte har rapporterats i tid och att medarbetare undvikit att skriva avvikelser. I brukarsäkerhetsberättelse 2021 framgår att strukturen i flera delar av avvikelsehanteringen behöver säkerställas då det förekommer brister både vad gäller rapportering av avvikelser och utredning av avvikelser. Intervjuade enhetschefer beskriver att arbete pågår med att medvetandegöra medarbetare i vikten av att rapportera avvikelser.

I brukarsäkerhetsberättelse för 2021 framgår att det funnits problem med det nya systemet för hantering av synpunkter, klagomål och frågor från allmänheten som infördes under 2020. Det har inte varit möjligt att få fram någon övergripande statistik då det inte går att särskilja synpunkter och klagomål från övriga frågor. Dessa brister i systematik kring synpunkter och klagomål uppges försvåra det systematiska kvalitetsarbetet. Vid granskningens genomförande i maj 2022 pågår en dialog om att genomföra förändringar i verksamhetssystemet för synpunkter och klagomål.

4.3. Vår bedömning

Enligt kommunallagen ansvarar vård- och omsorgsnämnden för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de lagar som gäller för verksamheten. Nämnden ansvarar också för att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. För att kunna fullgöra detta ansvar behöver nämnden följa upp den verksamhet som bedrivs.

I granskningen framkommer att vård- och omsorgsnämnden följer upp fastställda mål för verksamheten samt tar del av en avvikellesammanställning varje halvår. Därtill ska nämnden följa upp arbetet med brukar- och patientsäkerhet två tillfällen per år. Utöver det följer nämnden verksamheten genom förvaltningschefens stående informationspunkt. Under hösten 2021 uppmärksammades stora brister och risker för allvarlig vårdskada på ett av stadens äldreboenden som också har flera demensenheter. Nämnden tog i januari 2022 del av en utredning av lex Sarah och vårdskada.

Vi bedömer att vård- och omsorgsnämnden delvis har säkerställt en ändamålsenlig uppföljning av demensvården. Den här granskningen, liksom vård- och omsorgsförvaltningens egen granskning, visar att det finns brister i arbetet med avvikelserapportering. Vi ser positivt på att arbete har initierats i syfte att skapa en bättre kultur av att rapportera avvikelser liksom en bättre struktur för rapportering av avvikelser. Det är dock av vikt att säkerställa ett fortsatt utvecklingsarbete vad gäller struktur och kultur för avvikelserapportering.

5. Samlad bedömning

5.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Bedömning
<p>► Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning av demensvården?</p>	<p>Delvis. I granskningen framkommer att nämnden har antagit mål för äldreomsorgen, en boendeplan, patient- samt brukarsäkerhetsplan. Arbete pågår med att utveckla och systematisera metodarbetet inom demensvården, bland annat genom en nyanställd demenssköterska.</p> <p>Den utredning som SAS och MAS genomfört vid ett av stadens äldreboenden med flera demensenheter visar att det förekommit allvarliga missförhållanden enligt lex Sarah och risk för allvarlig vårdskada samt allvarlig vårdskada vid flera demensenheter på det aktuella boendet. Nämnden har inte ställt krav på återrapportering av vidtagna åtgärder utifrån de identifierade bristerna, vilket vi anser är av vikt vid såpass allvarliga och omfattande brister. Granskningen visar också att stadens särskilda boenden inte uppges vara ändamålsenligt utformade för personer med demenssjukdom. Det finns också utmaningar kopplat till teamsamverkan, bemanning och bemötande av brukare. Genomförda stickprov visar att information om bemötande av brukare saknas i samtliga granskande genomförandeplaner. Det finns också indikationer på att nämndens infrastruktur för digitala verktyg inte är fullt ut ändamålsenlig.</p>

<p>▶ Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt en ändamålsenlig kompetensförsörjning inom demensvården?</p>	<p>Ja, i huvudsak. Granskningen visar att det finns en styrning på området i form av en kompetensförsörjningsinriktning som nämnden antagit. Andelen omsorgspersonal på särskilt boende med adekvat utbildning ökade under perioden 2017 – 2019. Vidare genomförs löpande ett antal kompetenshöjande insatser inom förvaltningen. Granskningen visar dock att det saknas en kompetenstrappa som ger möjlighet för special- eller vidareutbildad omsorgspersonal att få nya och mer utmanande arbetsuppgifter efter genomgången utbildning och därmed öka chanserna att dessa fortsätter arbeta i Mölndals Stad.</p>
<p>▶ Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning av demensvården?</p>	<p>Delvis. Vård- och omsorgsnämnden tar del av uppföljning av mål, brukar- och patientsäkerhet samt avvikelser vid flera tillfällen per år. Granskningen visar dock att det finns brister i förvaltningens arbete med att rapportera och utreda avvikelser.</p>

5.2. Slutsatser

Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt en ändamålsenlig demensvård. Vår sammanfattade bedömning utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är att vård- och omsorgsnämnden inte fullt ut säkerställt detta och att utvecklingsområden finns.

Utifrån granskningen lämnar vi nedanstående rekommendationer. Vi rekommenderar vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Ställa krav på återrapportering för att säkerställa sig om att planerade och vidtagna åtgärder utifrån de allvarliga missförhållanden och allvarlig vårdskada som uppmärksammats vid ett av stadens boenden genomförs och får effekt.
- ▶ Verka för att anpassa demensenheters boende- och gemensamhetsytor till demenssjukas behov.
- ▶ Säkerställa en fungerande teamssamverkan inom demensvården för att möta de demenssjukas behov av vård och omsorg.
- ▶ Säkerställa att genomförandeplaner innehåller målsättning för den beslutade insatsen samt information om bemötande.
- ▶ Säkerställa en ändamålsenlig infrastruktur för digitala verktyg inom äldreomsorgen.
- ▶ Skapa förutsättningar för att behålla specialistutbildad personal.
- ▶ Fortsatt följa och vid behov initiera ytterligare åtgärder för att säkerställa ett välfungerande arbete med avvikelserapportering.

Göteborg den 14 juni 2022



Linnéa Johansson
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB



Elin Mausén
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB



Mikaela Bengtsson
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Kvalitetssäkrare
Ernst & Young AB

Bilaga 1. Revisionskriterier

Kommunallagen 2017:725

Enligt kommunallagen 6 kap. 3 § ska en nämnd besluta i frågor som rör förvaltningen och i frågor som de enligt lag eller annan författning ska ha hand om. Nämnd ska också ansvara för att beslut fattade av kommunfullmäktige verkställs.

En nämnd ska inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

Socialtjänstlagen 2001:453

Enligt socialtjänstlagen 5 kap. 4-5 § ska socialtjänstens omsorg om äldre inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre personer som behöver särskilt stöd.

Enligt 5 kap. 10 § ska socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller som har funktionshinder.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

I Hälso- och sjukvårdslagen 11 kap. regleras kommunens ansvar för hälso- och sjukvård. Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Vidare ska kommunen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

I Socialstyrelsens föreskrifter om dokumentation finns vägledning kring hur beslutade insatser ska dokumenteras. Insatser bör dokumenteras i en upprättad genomförandeplan. Planen bör upprättas med hänsyn till den enskildes självbestämmanderätt och integritet.

Av en genomförandeplan bör bland annat framgå:

- ▶ Vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut.
- ▶ Om insatsen innehåller en eller flera aktiviteter hos utföraren.
- ▶ Vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet.
- ▶ Vem hos utföraren som ansvarar för genomförandet av varje aktivitet
- ▶ När och hur olika aktiviteter ska genomföras.
- ▶ Hur utföraren ska samverka med nämnden, andra utförare eller huvudmän, t.ex. hälso- och sjukvården, skolan eller Arbetsförmedlingen.
- ▶ När och hur insatsen som helhet eller olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp.

- ▶ Om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagit till dennes synpunkter och önskemål.
- ▶ Vilka andra personer som har deltagit i arbetet med att upprätta genomförandeplanen
- ▶ När planen har fastställts
- ▶ När och hur planen ska följas upp.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för ledning och styrning

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör socialtjänsten till personer med demenssjukdom erbjuda särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom till personer med måttlig till svår demenssjukdom. Rekommendationen grundar sig i att småskaliga och inkluderande boendemiljöer har positiv effekt på viktiga effektmått, såsom BPSD, självständighet och social delaktighet för personen med demenssjukdom.

Vidare bör socialtjänsten erbjuda en anpassad måltidmiljö, exempelvis i små grupper och tid för att kunna äta i lugn och ro. Socialtjänsten bör också erbjuda personer med demenssjukdom möjlighet till utomhusvistelse.

Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom.

Socialstyrelsens modell för standardiserat insatsförlopp efter diagnosticering av demenssjukdom syftar till att ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten stöd för samverkan och ett systematiskt arbetssätt kring personen med demenssjukdom. Modellen syftar till att säkerställa att både individens, anhörigas och närstående behov uppmärksammas och beaktas. Den syftar också till att främja tidiga insatser och att relevanta aktörer och professioner medverkar för en god vård och omsorg, med utgångspunkt i den enskildes behov och önskemål under hela sjukdomsförloppet.

Samverkansteam är en del av den standardiserade modellen för insatsförloppet. Det är viktigt att det finns team som arbetar gränsöverskridande mellan region och kommun eftersom en person med demenssjukdom vanligtvis har behov av stöd från både regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst. Exempel på sådana team är dels demensteam med personal från såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten, dels samverkansteam på ledningsnivå inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

I Socialstyrelsens text finns exempel på aktörer som kan medverka i ett demensteam, såsom sjuksköterska från kommun, arbetsterapeut, anhörigkonsulent i kommun och sakkunnig i palliativ vård och omsorg.

Reglemente för vård- och omsorgsnämnden

Enligt det av kommunfullmäktige beslutade reglementet ansvarar vård- och omsorgsnämnden för insatser enligt socialtjänstlagen inom äldreomsorgen. Nämnden har det yttersta och övergripande ledningsansvaret och fattar beslut främst enligt Socialtjänstlagen avseende insatser inom äldreomsorgen, samt enligt Socialtjänstförordningen.

Bilaga 2. Källförteckning

Intervjuer har genomförts med följande:

- ▶ Vård- och omsorgsnämndens presidium, 9 maj
- ▶ Förvaltningschef vård- och omsorgsförvaltningen, 2 maj
- ▶ Verksamhetschef äldreboende samt hälso- och sjukvård, 27 april
- ▶ Chef enheten för utveckling och e-hälsa, 2 maj
- ▶ Gruppintervju med enhetschefer inom demensvården, 28 april
- ▶ Intervju med enhetschef inom äldrevården, 28 april
- ▶ Gruppintervju med representanter från Kommunal och Vårdförbundet, 27 april
- ▶ Gruppintervju med vårdpersonal inom demensvården, 27 april

Dokumentförteckning

- ▶ Handlingsplan brukarsäkerhet – äbo område 1
- ▶ Handlingsplan brukarsäkerhet – äbo område 2
- ▶ Handlingsplan för e-hälsa och välfärdsteknik 2021
- ▶ Kompetensförsörjningsinriktning 2020-2023
- ▶ Program anhörigstöd våren 2022
- ▶ SOSFS 2014:5. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
- ▶ Strategi för e-hälsa och välfärdsteknik 2021 – 2023
- ▶ Teamarbete och samverkansplattformar
- ▶ Utredning Lex Sarah och vårdskada
- ▶ Utredning lex Sarah och vårdskada, tjänsteskrivelse 2021-11-29
- ▶ Vård- och omsorgsförvaltningens
- ▶ Vård- och omsorgsförvaltningens boendeplan 2022
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens brukarsäkerhetsberättelse 2021
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens brukarsäkerhetsplan 2022
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens januari-maj protokoll 2022
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2021
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsplan 2022
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens reglemente 2022
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan 2022

Bilaga 3. Genomförande av stickprov

Inom ramen för granskningen har ett stickprov genomförts av tio genomförandeplaner. Urval av genomförandeplaner har skett i samråd med vård- och omsorgsförvaltningen. Metodutvecklare har slumpmässigt valt ut sju genomförandeplaner från äldreomsorgsområde 1 och tre genomförandeplaner från äldreomsorgsområde 2. Fler brukare bor i demensenhet i äldreomsorgsområde 1, därav har fler av de granskade genomförandeplanerna tillhört en brukare i område 1. Att metodutvecklare på förvaltningen genomfört urvalet, samt att detta skett slumpmässigt och inte med något kriterium, gör att brukarens anonymitet kan värnas i högre utsträckning.

Stickprovsgranskning har skett utifrån på förhand givna kontrollfrågor enligt nedan.

Av genomförandeplanen framgår:

1. När genomförandeplanen är fastställd, ja/nej.
2. Huruvida brukaren alternativt närstående till brukaren har varit delaktig i framtagande av genomförandeplanen, ja/nej.
3. Mål med de insatser som finns i genomförandeplanen, ja/nej.
4. Hur brukaren bör bli bemött, ja/nej.
5. Hur och när genomförandeplanen ska följas upp, ja/nej.

Utvecklat resultat av genomförda stickprov:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. När genomförandeplanen är fastställd.	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
2. Huruvida brukaren alternativt närstående till brukaren har varit delaktig i framtagande av genomförandeplanen.	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
3. Mål med de insatser som finns i genomförandeplanen.	Green	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Yellow
4. Hur brukaren bör bli bemött.	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
5. Hur och när genomförandeplanen ska följas upp.	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green

Tabell 4: Utvecklat resultat av genomförda stickprov. EY:s illustration.

Stickprovsgranskning visar att det av samtliga genomförandeplaner framgår när de är fastställda samt när de ska följas upp. I samtliga planer utom en framgår hur brukaren eller en närstående varit delaktig i upprättandet. I vissa planer framgår att detta är på en väldigt grundläggande nivå, såsom exempelvis där brukaren deltagit genom att personalen iakttagit brukaren för att identifiera brukarens behov. Av genomförandeplanerna går inte att avgöra

huruvida brukaren borde ha deltagit i upprättandet av genomförandeplanen mer aktivt. Det är möjligt att brukaren varit för sjuk för att aktivt kunna delta.

Målsättning med de beslutade insatserna i genomförandeplanen framgår i sex av tio fall. Omfattningen och utförligheten på målsättningarna varierar. I en genomförandeplan bedöms det *delvis* finnas ett mål, detta då målet i fråga är ytterst kortfattat och basalt. För tre av genomförandeplanerna saknas beskriven målsättning med insatserna som finns i genomförandeplanen.

Vad gäller granskningspunkten *bemötande* så saknar samtliga tio genomförandeplaner beskrivning av aspekter specifikt kopplat till bemötande såsom hur personalen bör formulera sig för att bäst nå fram till brukaren eller hur personal bäst bemöter brukaren vid oro. Under den rubriken beskrivs huvudsakligen hur brukaren vill ha sina omsorgsinsatser utförda, exempelvis var brukaren vill inta sina måltider.

Bilaga 4. Förteckning över Mölndals stads äldreboenden och demensplatser

I Mölndals stad finns sex äldreboenden som drivs i stadens egen regi. Fem av dessa har särskilda platser för demenssjuka. Därutöver finns två äldreboenden med demensplatser som drivs av privata utförare enligt lagen om offentlig upphandling (Berzelius och Lackarebäcks äldreboenden).

Äldreboende	Platser	Demens	Somatiska
Bifrost	40	32	8
Brattåsgården	38	16	22
Brogården	63	17	46
Eklanda	71	41	30
Sörgården	43	12	31
Fässberg	90	0	90
Berzelius	67	33	34
Lackarebäck	113	78	35
Totalt	525	229	296

Tabell 3: Förteckning av boendeplatser inom särskilt boende äldreomsorg i Mölndals Stad. Källa: Boendeplan 2022.