

# Uppföljande granskning av demensvården

## MÖLNDALS STAD



Building a better  
working world

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
1. Inledning .....	4
2. Uppföljning av lämnade rekommendationer .....	5
3. Samlad bedömning .....	15
<b>Bilaga 1. Revisionskriterier.....</b>	<b>17</b>
<b>Bilaga 2. Källförteckning.....</b>	<b>19</b>

## Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Mölndals stad genomfört en uppföljande granskning av demensvården. Syftet med granskningen har varit att följa upp de rekommendationer som lämnades till vård- och omsorgsnämnden i granskning av demensvården 2022.

Den sammantagna bedömningen utifrån den uppföljande granskningen är att arbete kvarstår kopplat till flera rekommendationer. Viktigt utvecklingsarbete kvarstår vad gäller återrapportering till nämnden om allvarliga vårdskador, anpassning av demensenheter till demenssjukas behov, teamsamverkan, förutsättningar för att behålla specialistutbildad personal och att säkerställa ett välfungerande arbete med avvikelserapportering.

Vi bedömer efter genomförd granskning att följande rekommendationer kvarstår:

- ▶ 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.
- ▶ 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

Kommunrevisionen i Mölndals stad genomförde 2022 en granskning av demensvården. Granskningen visade att vård- och omsorgsnämnden inte fullt ut hade säkerställt en ändamålsenlig demensvård. Av granskningen framgick bland annat att staden identifierat allvarliga missförhållanden men att nämnden inte ställt krav på återrapportering av vidtagna åtgärder. Vidare visade granskningen att stadens särskilda boenden inte var utformade för personer med demens, exempelvis genom att lägenheter saknade anpassade badrum. Därtill visade stickprov att det fanns brister i genomförandeplaner, bland annat saknades information om hur brukaren skulle bemötas i samtliga granskade genomförandeplaner. Avslutningsvis visade granskningen att det förelåg brister i avvikelserapporteringen både vad gäller kultur att anmäla avvikelser och struktur för utredning av avvikelser. Sedan granskningens genomförande har nämnden uppmärksammat ytterligare brister till följd av flera allvarliga vårdskador.

Kommunrevisionen har mot bakgrund av ovanstående och i samband med sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt att det är väsentligt att genomföra en uppföljande granskning av demensvården. I *god revisionssed* framkommer de grunder som revisorerna använder när de bedömer ansvarstagande i styrelser och nämnder. Det finns flera ansvarsgrunder som är aktuella i denna granskning med risk för bland annat bristande ledning, styrning, uppföljning och kontroll samt verksamhetsskada.

### 1.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med uppföljningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har omhändertagit de rekommendationer som lämnades i den tidigare revisionsrapporten. Granskningen inriktar sig på följande revisionsfråga:

- ▶ Har vård- och omsorgsnämnden vidtagit ändamålsenliga åtgärder utifrån de rekommendationer som ställdes i granskningen av demensvården 2022?

### 1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas från lagar och förarbeten eller interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning. Revisionskriterierna som är aktuella för denna granskning beskrivs närmare i bilaga 1.

### 1.4. Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentstudier och stickprov på genomförandeplaner. Förteckning med intervjuade funktioner och studerade dokument finns i bilaga 2. Stickprovet beskrivs närmare i avsnitt 2.4.3.

### 1.5. Avgränsningar och ansvarig nämnd

Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden i Mölndals stad.

## 2. Uppföljning av lämnade rekommendationer

I följande kapitel görs en uppföljning av de sju rekommendationer som lämnades i den fördjupade granskningen år 2022. En bedömning görs kopplat till respektive rekommendation. Bedömningen baseras på den dokumentation som inhämtats och de intervjuer som genomförts inom ramen för den uppföljande granskningen. Därtill redogörs för resultatet av det förnyade stickprovet på genomförandeplaner (se avsnitt 2.4.3).

### 2.1. Rekommendation 2022: 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

#### 2.1.1. Resultat av föregående granskning

Under 2021 identifierades allvarliga missförhållanden och risk för allvarliga missförhållanden på ett av stadens äldreboenden som har flera demensenheter. Bristerna medförde en lex Sarah-anmälan. Anmälan avsåg inte en enskild händelse utan övergripande brister på flera av enheterna. Av vård- och omsorgsnämndens protokoll gick inte att utläsa huruvida nämnden hade följt arbetet med vidtagna åtgärder utifrån de identifierade bristerna.

#### 2.1.2. Vidtagna åtgärder

I den fördjupade granskningen från 2022 framkom att ett antal åtgärder skulle vidtas utifrån de uppmärksammade missförhållandena. Bland annat skulle socialt ansvarig samordnare (SAS), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) sammanställa resultat och analys kring avvikelsearbetet och presentera det för vård- och omsorgsnämnden varje tertial. Av intervjuer framkommer att detta arbetssätt inte finns kvar.

Rapportering till nämnden som helhet sker enbart per verksamhetsårets slut i samband med behandling av patientsäkerhetsberättelse och brukarsäkerhetsberättelse. På nämndens sammanträden finns punkten *Information från förvaltningen* där förvaltningen kan lyfta information om aktuella ärenden. Utifrån de allvarliga missförhållanden som identifierades 2021 togs en handlingsplan fram. I den fördjupade granskningen 2022 noterades att nämnden inte hade ställt krav på återrapportering av vidtagna åtgärder utifrån handlingsplanen. Av intervjuer framgår att arbete fortfarande sker utifrån handlingsplanen, men att detta inte redovisas till nämnden.

Sedan genomförandet av den fördjupade granskningen har ett nytt arbetssätt tagits fram gällande rapportering till nämnden om anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i ärenden gällande lex Sarah och lex Maria. Tidigare behandlades dessa ärenden som ett informationsärende i arbetsutskottet, med muntlig information från MAS och/eller SAS. Dessa hanteras nu som ett skriftligt meddelande till nämnden som helhet. Detta framgår under punkten meddelanden i nämndens protokoll. I samband med att anmälan till IVO sker ska nämndens ordförande också informeras om att anmälan har gjorts.

Av brukarsäkerhetsberättelsen framgår att det inom verksamhet äldreboende rapporterades 26 lex Sarah under 2023. Fem av dessa utredningar bedömdes som risk för missförhållande eller missförhållande. Under 2022 rapporterades 36 lex Sarah inom verksamhet äldreboende. Observera att siffrorna avser äldreboende i egen regi som helhet och inte endast demensenheter.

Under 2023 gjordes tre lex Sarah-anmälningar av allvarlig karaktär på ett av stadens äldreboenden. Med bakgrund av detta togs en handlingsplan fram. Exempel på åtgärder i denna handlingsplan avser tydliggörande av roller, ökad frekvens i värdegrundsarbete och kompetenshöjande insatser. Handlingsplanen innehåller en plan för uppföljning. Denna plan för uppföljning inkluderar dock inte rapportering till nämnden.

Nämnden beslutade i februari 2024 om ett initiativärende. Ärendet avsåg att nämnden skulle få åiterrapportering kring ett flertal fallolyckor som skett på ett och samma boende. Ett underlag för åiterrapportering har tagits fram och redovisades för nämnden i april 2024.

### *2.1.3. Vår bedömning*

Vi bedömer att rekommendationen kvarstår. Granskningen visar att det förekommit flera allvarliga vårdskador och missförhållanden sedan genomförandet av den ursprungliga granskningen. Rapportering av sådana missförhållanden sker genom ett skriftligt meddelande till nämnden. Nämnden har inte följt upp arbetet utifrån de handlingsplaner som tagits fram utifrån allvarliga missförhållanden. Det planerade arbetssättet med att nämnden tertialsvis får information kring avvikelset arbetet finns inte heller kvar. Den muntliga informationen från SAS och MAS till arbetsutskottet har också tagits bort.

## **2.2. Rekommendation 2022: Verka för att anpassa demensenheters boende- och gemensamhetsytor till demenssjukas behov**

### *2.2.1. Resultat av föregående granskning*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom. Det innebär exempelvis småskaliga och inkluderande boendemiljöer. I granskningen som genomfördes 2022 konstaterades att personer med demensdiagnos också kunde bo på en somatisk avdelning. Intervjuade chefer menade att stadens demensboenden inte var ändamålsenligt utformade, exempelvis då enheter kunde vara U-formade vilket gör det svårt för personal att ha överblick över enheten.

### *2.2.2. Nuläge och vidtagna åtgärder*

Vård- och omsorgsnämnden har antagit en lokalbehovsplan. Av planen framgår att det omställningsarbete<sup>1</sup> som genomfördes under 2023 har bidragit till att skapa fler platser för kognitiv sjukdom. Dessa platser finns nu samlade, huvudsakligen på Fässberg och Eklanda äldreboenden. I lokalbehovsplanen beskrivs att nya arbetssätt och ny kunskap om utformning

---

<sup>1</sup> Vård- och omsorgsnämnden beslutade i februari 2023 om ett omställningsarbete. Omställningen innebar att brukare med kognitiv svikt flyttades i syfte att lokalisera dessa till Fässberg, Eklanda och Brogårdens äldreboende. Dessa äldreboenden utgör nu så kallade demenscenter. Vård- och omsorgsnämnden följde upp omställningsarbetet vid fyra tillfällen under 2023.

av inom- och utomhusmiljöer för personer med kognitiv sjukdom gör att befintliga lokaler behöver anpassas till målgruppens behov. I lokalbehovsplanen framgår inte mer i detalj hur eller när de befintliga lokalerna ska anpassas.

En lokalstrategi anställdes inom vård- och omsorgsförvaltningen i mars 2022. Ytterligare en lokalstrategi anställdes i januari 2023. Från och med våren 2024 är enbart en av dessa tjänster kvar. Lokalstrategiens huvudsakliga arbetsuppgift är att följa upp och utveckla lokalbehovsplanen som ligger till grund för planering och investeringar i lokaler.

Vård- och omsorgsförvaltningen har tagit fram ett så kallat ramprogram för äldreboende. Ramprogrammet används som styrning vid om- eller nybyggnation av äldreboenden. Av ramprogrammet framgår att alla ytor på äldreboendet som är anpassade för boende ska vara tillgänglighetsanpassade för personer med olika funktionsnedsättningar. Vidare beskrivs vikten av rätt färgsättning, särskilt för dem med demensdiagnos.

Att lokaler saknas eller inte är anpassade till rätt behov är en av punkterna i nämndens plan för intern kontroll 2024. Som kontrollmoment ska uppföljning ske av nämndens lokalförsörjningsplan årligen. Ingen uppföljning finns därmed tillgänglig vid tidpunkten för granskningens genomförande.

Myndigheten för delaktighet har tagit fram en checklista för miljöanpassningar som bidrar till delaktighet för personer med demenssjukdom. Sedan 2022 har förvaltningens lokalstrategi tillsammans med enhetschef gått igenom de hus som har demensinriktning. Inga av de boendeytor som används för brukare med demenssjukdom har genomgått några större renoveringar sedan den fördjupade granskningen genomfördes 2022. Däremot framkommer i intervju att visst arbete har skett med möblering och att konstverk har bytts ut för att bättre passa målgruppen. Så kallade solrum har inrättats på två demensboenden. Dessa är inredda med inspiration från naturen.

### *2.2.3. Vår bedömning*

Vi bedömer att rekommendationen kvarstår. Vi noterar att en omställning har genomförts som medfört att brukare med kognitiv svikt flyttats till specifika enheter som ska vara *bättre lämpade* för personer med demenssjukdom ur boendesynpunkt. Dock kan varken boende- eller gemensamhetsytor anses vara *anpassade* till brukare med demenssjukdom. Exempelvis har enheter fortfarande långa korridorer som försvårar uppsikt, färgsättning är inte anpassad efter personer med demenssjukdom och gemensamhetsytor beskrivs i flera fall inte vara ändamålsenliga.

## **2.3. Rekommendation 2022: Säkerställa en fungerande teamssamverkan inom demensvården för att möta de demenssjukas behov av vård och omsorg**

### *2.3.1. Resultat av föregående granskning*

Teamsamverkan innebär att olika professioner, såsom sjuksköterskor, omsorgspersonal, fysioterapeuter och arbetsterapeuter, samarbetar för brukarens bästa. Grunden i arbetet är teamträffar där professionerna träffas för att utbyta information för en personcentrerad vård

och omsorg. I den ursprungliga granskningen konstaterades att rutiner för teamssamverkan fanns. Dock konstaterades att det fanns utvecklingsområden, exempelvis uppmärksammades att teamsamverkan som sätter brukarens behov i centrum behövde utvecklas inom förvaltningen. I sitt svar på granskningen uppgav nämnden att en demensplan skulle tas fram.

### *2.3.2. Nuläge och vidtagna åtgärder*

En demensplan är påbörjad men inte färdigställd. Demensteamet i form av en specialistundersköterska och en specialistsjuksköterska har haft i uppdrag att ta fram demensplanen. Av intervjuer framgår att en av dessa är och har varit sjukskriven under en tid vilket bidragit till en fördröjning av arbetet. Ambitionen är att nämnden ska behandla demensplanen under första kvartalet 2025.

Av brukarsäkerhetsberättelse per 2023 framgår att det genom egenkontroll och i dialog med chefer framkommit att teamsamverkan mellan legitimerad personal och omsorgspersonal har förbättrats men att det finns fortsatt utvecklingspotential. I samband med lex Sarah-utredningar har bristen på samverkan och informationsöverföring varit en av orsakerna i specifika händelseförlopp. I brukarsäkerhetsberättelse per 2023 görs fortsatt bedömningen att teamssamverkan där brukarens behov sätts i centrum behöver utvecklas.

En rutin finns för arbetet med teamträffar. Enligt rutinen ska teamträffar genomföras minst en gång per månad. Enligt rutinen är det en fördel att teamträffar sker på en fast regelbunden tid. I intervjuer med enhetschefer beskrivs att teamssamverkan fungerar väl. Dessa möten prioriteras av berörda och möten faller väl ut. I en annan intervju beskrivs dock att viss problematik kvarstår med att enhetschefer kallar till teammöte utan att stämna av den föreslagna tiden med andra berörda utanför den egna enheten, vilket riskerar att leda till att dessa inte kan medverka.

### *2.3.3. Vår bedömning*

Vi bedömer att rekommendationen till viss del kvarstår. En demensplan är fortsatt inte framtagen men förväntas färdigställas under året. Ur intervjuer ges bilden av att arbetet med teamträffar överlag fungerar väl.

## **2.4. Rekommendation 2022: Säkerställa att genomförandeplaner innehåller målsättning för den beslutade insatsen samt information om bemötande**

### *2.4.1. Resultat av föregående granskning*

I den fördjupade granskning som genomfördes 2022 gjordes en stickprovsgranskning på tio genomförandeplaner. Granskningen visade att det varierade i vilken utsträckning som brukaren varit delaktig i framtagande av genomförandeplan. Mål för insatser beskrevs i sex av de tio granskade genomförandeplanerna. Samtliga planer saknade information om bemötande.



#### 2.4.2. Nuläge och vidtagna åtgärder

Av brukarsäkerhetsberättelse för 2023 framgår att en merpart av de lex Sarah-utredningar som genomfördes under året avsåg brister i bemötande. I en granskning gjord av IVO framkommer att en brukare hade bott på ett särskilt boende i fem månader innan en genomförandeplan upprättades.

Metodstödet för social dokumentation på äldreboende har reviderats sedan genomförandet av den fördjupade granskningen. Metodstödet innehåller stöd i hur genomförandeplaner ska upprättas och uppdateras/revideras. Av metodstödet framgår att det är kontaktpersonal som ansvarar för att samla brukarens behov inför upprättandet av planen. Brukaren ska vara delaktig vid upprättandet. I metodstödet finns en steg för steg-manual kring hur genomförandeplaner upprättas i det digitala systemverktyget. *Bemötande* och *delmål* är två av underrubrikerna i genomförandeplanen. I metodstödet finns också en checklista för upprättande av genomförandeplan. Därtill innehåller metodstödet exempel på framtagna genomförandeplaner.

Under 2023 tillsattes fyra omsorgshandledare inom äldreomsorgen. Det finns nu en omsorgshandledare för varje vård- och omsorgsboende i staden. Omsorgshandledarna har också en roll som dokumentationsombud. Omsorgshandledarens roll är att pedagogiskt stödja och utveckla kontaktpersonal på enheterna till att bli mer kunniga, trygga och självständiga i omsorgsarbetet. I omsorgshandledarens uppdrag ingår också att stötta och handleda kontaktpersonal i upprättande av genomförandeplan. Denne ska också stötta enhetschefer i genomförandet av kvalitetsgranskning vid egenkontroller och stickprovskontroller.

Genomförandeplaner ska tas fram inom 14 dagar från det att stöd till en brukare inleds. Intervjuade enhetschefer menar i stort att denna tidsram kan hållas. En intervjuad framhåller att 14 dagar är en kort tid och att det är svårt att hinna inom denna tidsram, särskilt vad gäller brukare med demenssjukdom där anhöriga ofta behöver medverka i upprättandet av genomförandeplan.

#### 2.4.3. Resultat av genomfört stickprov

Inom ramen för granskningen har fem genomförandeplaner plockats ut för närmare granskning. Respektive genomförandeplan har granskats gentemot följande kontrollpunkter:

- ▶ Framgår det när genomförandeplanen är fastställd?
- ▶ Har genomförandeplanen upprättats inom två veckor från det att brukaren flyttat in på boendet?
- ▶ Har brukaren eller en närstående varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen?
- ▶ Framgår mål med insatser?
- ▶ Framgår information om hur brukaren ska bemötas?
- ▶ Framgår datum för när genomförandeplanen ska följas upp och har detta skett inom ett år från upprättandet?

	Ja	Nej
Datum för fastställande	5	
Upprättad inom två veckor		5
Brukaren delaktig	4	1
Mål med insatser framgår	5	
Information om bemötande framgår	5	
Datum för uppföljning framgår och har skett inom ett år från upprättandet	2	3

Tabell 1: resultat av EY:s stickprovsgranskning

Stickprovsgranskningen visar att datum för fastställande av genomförandeplanen, mål med insatser och information om bemötande framgår i samtliga fem genomförandeplaner. Mål med insats kan exempelvis handla om att fortsätta bevara fysisk rörlighet eller fortsätta med en viss social aktivitet. Under rubriken för bemötande beskrivs exempelvis att personalen ska prata tydligt och i korta meningar eller använda gester. Vidare kan beskrivas hur brukaren ska bli bemött vid eventuell oro.

I en av genomförandeplanerna har varken brukaren eller en anhörig varit delaktig i upprättandet av planen. I övriga fyra fall framgår att brukaren själv medverkat vid upprättandet av planen. Detta resultat överensstämmer med resultat i brukarsäkerhetsberättelsen för 2023 där det beskrivs att *de flesta* genomförandeplaner upprättas tillsammans med brukare. I tre av fem genomförandeplaner saknas information om när planen ska följas upp. Enligt det metodstöd som tagits fram för social dokumentation ska genomförandeplaner följas upp minst en gång per år.

Ingen av de granskade genomförandeplanerna har *upprättats* inom 2 veckor från det att den aktuella brukaren flyttat in. I två fall har det tagit mer än ett år innan genomförandeplanen har *upprättats*. Vi ser dock att arbetet med att ta fram en genomförandeplan har *påbörjats* tidigare än de *upprättats*. Intervjuade förklarar att medarbetare ibland missar att slutföra arbetet med en genomförandeplan, och då blir den inte formellt upprättad. Arbeta kan bedrivas utefter den genomförandeplan som ligger som ett utkast. Det är dock enbart en genomförandeplan som *påbörjats* inom två veckor från det att brukaren flyttat in på det aktuella boendet. Totalt tre genomförandeplaner har påbörjats inom en månad från det att brukaren flyttade in på det aktuella boendet. I ett fall påbörjades genomförandeplanen cirka 10 månader efter brukarens inflytt.

#### 2.4.4. Vår bedömning

Vi bedömer att rekommendationen har åtgärdats då de genomförandeplaner som granskats inom ramen för stickprovet innehåller målsättning och information om bemötande. Sedan genomförandet av den ursprungliga granskningen har ett metodstöd tagits fram som beskriver hur genomförandeplaner ska utarbetas. Inrättandet av omsorgshandledare förefaller ha haft en god inverkan på arbetet med genomförandeplaner. Det förnyade stickprov som genomförts visar dock på brister vad gäller kravet om att en genomförandeplan ska upprättas senast 14

dagar från det att en brukare flyttat in. Intervjuade enhetschefer menar att detta krav efterlevs på enheterna. Ingen av de i stickprovet granskade genomförandeplanerna har dock upprättats inom 14 dagar.

## **2.5. Rekommendation 2022: Säkerställa en ändamålsenlig infrastruktur för digitala verktyg inom äldreomsorgen**

### *2.5.1. Resultat av föregående granskning*

I granskningen som genomfördes 2022 framkom utvecklingsområden vad gällde den digitala infrastrukturen, bland annat digital signering av läkemedel. I intervjuer uppgavs att det på flera särskilda boenden ibland saknades tillförlitlig uppkoppling till wifi-nätverk. Därtill lyftes att det fanns ett fåtal telefoner per enhet. Vid signering av läkemedel var personal tvungen att leta upp en telefon. Intervjuade sjuksköterskor menade att dessa två faktorer ledde till en att signering av läkemedel ofta brast då signering inte skedde i anslutning till tilldelningen, vilket medförde risker för brukaren.

### *2.5.2. Nuläge och vidtagna åtgärder*

Vård- och omsorgsnämnden beslutade i maj 2024 om en riktlinje för trygghetsskapande teknik. Riktlinjen ska bidra till att tydliggöra vård- och omsorgsnämndens hantering, införande, förhållningssätt och tillgängliggörande av trygghetsskapande teknik för att skapa ett enhetligt synsätt vid användningen av tekniken. Med trygghetsskapande teknik menas teknik som uppmärksammar brukares behov av stöd och hjälp, med exempelvis funktioner för att:

- ▶ brukaren aktivt och självständigt ska kunna påkalla uppmärksamhet,
- ▶ automatiskt upptäcka risker eller något som kan tänkas att hända, som kan kräva att personal agerar och/eller
- ▶ ha visuell tillsyn på distans då personal genomför tillsyn med hjälp av teknik utan att vara fysiskt närvarande i brukares närhet eller bostad.

Av riktlinjen framgår att trygghetsskapande teknik generellt kräver samtycke från brukaren. I det fall brukaren har en nedsatt beslutsförmåga och därmed inte själv förstår innebörden av samtycke eller inte själv kan lämna samtycke kan samtycke säkerställas genom ett så kallat presumtivist samtycke<sup>2</sup>. Detta sker i samråd med enhetschef.

Enligt uppgifter i intervju ska problematik vad gäller wifi-uppkoppling vara löst. I de fall wifi faktiskt ger för dålig uppkoppling ska telefonen per automatik byta till telefonnätet. Vidare beskrivs att tillgången till mobiltelefoner för möjlighet att signera ska vara tillräcklig. Det är enhetschefens ansvar att säkerställa en tillräcklig tillgång till mobiltelefoner. I en intervju uppges att bristande teknik kopplat till signering troligen endast utgör en marginell del av de avvikelser som sker kopplat till signering av läkemedel.

---

<sup>2</sup> Personer med kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar kan ha kommunikationssvårigheter men kan genom sina reaktioner visa hur de upplever en viss åtgärd. Detta kan vara vägledande för ställningstagandet om samtycke föreligger eller inte. Rätt hjälpmedel och kommunikationsstöd kan också stödja en person att visa vad personen vill, i förhållande till en viss åtgärd. Personen kan därför behöva särskilt stöd för att kommunicera, till exempel med hjälp av bilder, samtalsmatta eller annan metod eller kommunikationshjälpmedel. Källa: Kunskapsguiden.

Förvaltningen har sedan den fördjupade granskningen bytt ut sina trygghetslarm till en mer modern modell. Ett av stadens demensboenden ska också testa digitala trygghetskameror.

Intervjuade enhetschefer ger exempel på övriga insatser som genomförts med bäring på digitala verktyg. Exempelvis finns ett teknikbibliotek på Eklanda demensboende där det finns möjlighet att låna digitala verktyg såsom musikkudde, musikväst eller en digital katt. Genom VR-projektet Tage har medarbetare fått möjlighet att med VR-glasögon öva på bemötandet av en brukare med demenssjukdom. Medarbetare har också fått testa att bära en så kallad äldreträkt. Syftet är att medarbetare ska få testa på hur det är att röra sig när man har svagare muskulatur, sämre syn och sämre hörsel.

### *2.5.3. Vår bedömning*

Vi bedömer att rekommendationen har åtgärdats. Nämnden har antagit en riktlinje för trygghetsskapande teknik. Uppgifter i intervjuer gör gällande att problematiken med teknik kopplat till digital signering av läkemedel inte kvarstår. Därtill finns andra insatser och projekt med anknytning till digitala verktyg.

## **2.6. Skapa förutsättningar för att behålla specialistutbildad personal**

### *2.6.1. Resultat av föregående granskning*

I granskningen från 2022 konstateras att det inom förvaltningen fanns utmaningar i att rekrytera utbildad personal. Det var inte tydligt huruvida det fanns en förvaltningsgemensam styrning eller ambition kring hur många som årligen ska genomgå äldreomsorgslyftet eller specialistutbildning inom demens. Vidare framkom i intervjuer att det saknades ett strukturerat arbetssätt för att säkerställa att undersköterskor med specialistutbildning inom demens stannar i Mölndals stad efter genomgången utbildning. I granskningen efterfrågades en kompetenstrappa med bland annat omsorgshandledare på samtliga enheter.

### *2.6.2. Nuläge och vidtagna åtgärder*

Som tidigare nämnts finns nu omsorgshandledare på varje vård- och omsorgsboende. Mölndal är därtill pilotkommun i karriärsvägsmodellen FAVO<sup>3</sup> som drivs av Göteborgsregionens kommunalförbund. Modellen bygger på en differentiering mellan de olika rollerna biträde, vårdbiträde, undersköterska och specialistundersköterska. I intervjuer framkommer att planering pågår för att införa differentiering av arbetsuppgifter på stadens demensboenden. Differentiering av arbetsuppgifter har dock inte påbörjats på något av stadens boenden. En projektgrupp har kartlagt vilka formella kompetenser befintlig personal har, för att i nästa steg kunna differentiera vem som gör vad utifrån FAVOs modell på pilotboendena. Tanken är att en tydligare differentiering ska leda till att medarbetare vill göra karriär inom vård och omsorg genom vidareutbildning. Därtill gör differentieringen att den som är specialistutbildad har ett uttalat annat uppdrag och annat ansvar, vilket ska ge ökade förutsättningar att behålla den specialistutbildade personalen. Staden tillsatte en projektgrupp för FAVO vid årsskiftet 2022/2023.

---

<sup>3</sup> FAVO står för Fler Anställda inom Vård och Omsorg.

### 2.6.3. Vår bedömning

Vi bedömer att rekommendationen till viss del kvarstår. Omsorgshandledare finns nu på varje vård- och omsorgsboende. Planer finns om en tydligare differentiering av de yrkeskategorier som finns inom ett vård- och omsorgsboende men detta är ännu inte infört.

## 2.7. Rekommendation 2022: Fortsatt följa och vid behov initiera ytterligare åtgärder för att säkerställa ett välfungerande arbete med avvikelserapportering

### 2.7.1. Resultat av föregående granskning

I granskningen som genomfördes 2022 framkom att förvaltningens rutiner för avvikelshantering inte fungerade fullt ut. Det förekom att avvikelser inte hade rapporterats i tid och att medarbetare hade undvikit att skriva avvikelser. Enhetschefer uppgav i intervjuer att arbete pågick med att medvetandegöra medarbetare om vikten av att rapportera avvikelser.

### 2.7.2. Nuläge och vidtagna åtgärder

Omsorgshandledarna ska stödja verksamhetens arbete kring bland annat avvikelshantering och värdegrundsfrågor. I intervju beskrivs att omsorgshandledarna gör en första bedömning av alla inkomna avvikelser.

I intervjuer framkommer att inflödet av avvikelser är konstant. Utifrån ett lex Sarah-perspektiv beskrivs att brister i *bemötande* är genomgående i de avvikelser som skrivs. Ur ett lex Maria-perspektiv är avvikelser kopplat till läkemedelshantering det vanligaste. Enligt uppgift i intervju så tenderar rapporterade avvikelser att vara desamma som återkommer.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen rapporterades totalt 7934 avvikelser 2023. Av patientsäkerhetsberättelsen för 2023 framgår att cirka 1400 av dessa inte var färdigutredda, 2800 inte fullt ut åtgärdade och att cirka 3 700 inte hade följts upp. Viktigt att notera är att antalet avvikelser avser hela nämndens verksamhetsområde, inte enbart demensvården på särskilt boende.

Tabellen nedan visar statistik från det digitala system som används för att signera när en brukare fått ett läkemedel. Det bör noteras att brukaren kan ha fått sitt läkemedel på utsatt tid även om ett felmeddelande har genererats om att ett läkemedel ej har tilldelats i tid. I intervjuer framkommer att det förekommer att medarbetare, felaktigt, väntar med att signera och signerar alla tilldelade läkemedel samlat exempelvis i samband med dagens slut. Statistik för första halvåret 2024 specifikt för stadens demensboenden visar att endast en liten andel av de felmeddelanden som genereras från det digitala signeringssystemet leder till en rapporterad avvikelse. Det rör både läkemedel som inte tilldelats i tid eller som inte signerat. Vikten av att signera tilldelning av läkemedel i direkt anslutning till det att läkemedlet tilldelas har förstärkts i delegeringsutbildningar under 2024.

År	Ej tilldelade i tid	Ej signerade/ej tilldelade	Totalt	Antal avvikelser
Jan – jul 2024	17664	2385	20 049	163
2023	55115	10491	65 606	238

*Tabell 2. Förteckning över felmeddelanden i det digitala signeringsystemet i förhållande till antal rapporterade avvikelser. Statistiken avser demensenheter i egen regi i Mölndals stad.*

Samtliga de 20 049 avvikelser avseende demensvården i Mölndals stad som finns registrerade i systemet för digital signering av läkemedel borde enligt uppgift ha rapporterats som avvikelser.

Intervjuade menar att arbetet med hantering av rapporterade avvikelser har förändrats avsevärt under 2024. Omsorgshandledarna beskrivs som en del i detta. Omsorgshandledarna genomför egenkontroller av avvikelshantering. Vi har inom ramen för granskningen tagit del av de egenkontroller som genomförts under hösten 2024. Av de totalt 50 avvikelser som granskats kopplat till boende med demensinriktning identifierades brist i någon kontrollpunkt<sup>4</sup> i åtta avvikelser.

Intervjuade beskriver att kulturen kring rapportering av avvikelser har förbättrats. Intervjuade enhetschefer beskriver att de känner sig trygga med att inträffade avvikelser också rapporteras som avvikelser. Ingen intervjuad enhetschef uppger sig känna igen att medarbetare skulle undvika att skriva avvikelser. Intervjuade menar att omsorgshandledarna har bidragit till att öka benägenheten att skriva avvikelser.

### 2.7.3. Vår bedömning

Vi bedömer att rekommendationen kvarstår. Underlag från 2023 visar på fortsatta reella brister i utredning av avvikelser. Därtill visar granskningen att det finns ett stort antal incidenter kopplat till delegering av läkemedel som inte rapporteras som en avvikelse.

<sup>4</sup> De kontrollpunkter som granskats kopplat till respektive avvikelse avser huruvida det i utredningen 1) framgår vilka bakomliggande orsaker det finns till händelsen 2) vilka åtgärder som ska vidtas för att händelsen inte ska inträffa igen samt 3) huruvida åtgärderna har följts upp.

### 3. Samlad bedömning

#### 3.1. Bedömning av hantering av lämnade rekommendationer

Rekommendationer	Bedömning
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	✗

#### 3.2. Slutsatser

Syftet med granskningen har varit att följa upp de rekommendationer som lämnades i granskningen av demensvården 2022. Den sammantagna bedömningen utifrån den uppföljande granskningen är att arbete kvarstår kopplat till flera rekommendationer. Viktigt utvecklingsarbete kvarstår vad gäller återrapportering till nämnden om allvarliga vårdskador, anpassning av demensenheter till demenssjukas behov, teamsamverkan, förutsättningar för att behålla specialistutbildad personal och att säkerställa ett välfungerande arbete med avvikelserapportering.

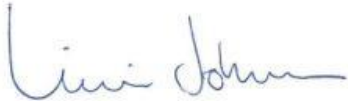
Vi bedömer efter genomförd granskning att följande rekommendationer kvarstår:

- ▶ 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.



- ▶ 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 17 december 2024



Linnéa Johansson  
Verksamhetsrevisor  
Ernst & Young AB



Elin Mausén  
Certifierad kommunal yrkesrevisor  
Ernst & Young AB



Rebecka Rask  
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.

### **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**

### **Dokumentation:**

Beslut om omställning av boenden, 13-02-08

Brukarsäkerhetsberättelse 2023

Checklista – Miljöanpassningar som bidrar till ökad delaktighet. Stöd för att underlätta aktivitet och delaktighet för personer med demenssjukdom.

Egenkontroll avvikelser HT 2024

Information gällande nytt arbetssätt i individarbetsutskottet

Initiativärende (SD): Brister i verksamheten på Fässbergs äldreboende

Lokalbehovsplan 2024, Vård- och omsorgsnämnden

Metodstöd social dokumentation äldreboende

Patientsäkerhetsberättelse 2023

Ramprogram för äldreboende Mölndal stad

Riktlinje för trygghetsskapande teknik

Rutin teamträff och samverkansplattform

Underlag ansökan ÅH-bonus 2023 – äbo omsorgshandledare

Uppdragsbeskrivning omsorgshandledare Mölndals Stad

Uppföljningsrapporter till nämnd avseende omställning: 230427, 230525, 120928 och 121026

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2024

Vård- och omsorgsnämndens protokoll 2024

### **Intervjuer:**

2024-10-01: Socialt ansvarig samordnare och medicinskt ansvarig samordnare

2024-10-01: Grupptervju med enhetschefer för demensenheter från Fässbergs äldreboende, Eklanda äldreboende och Sörgårdens äldreboende

2024-10-01: verksamhetschef vård- och omsorgsboende egenregi, äldreomsorgschef och verksamhetschef för kommunala primärvården

2024-10-18: Vård- och omsorgsnämndens presidium